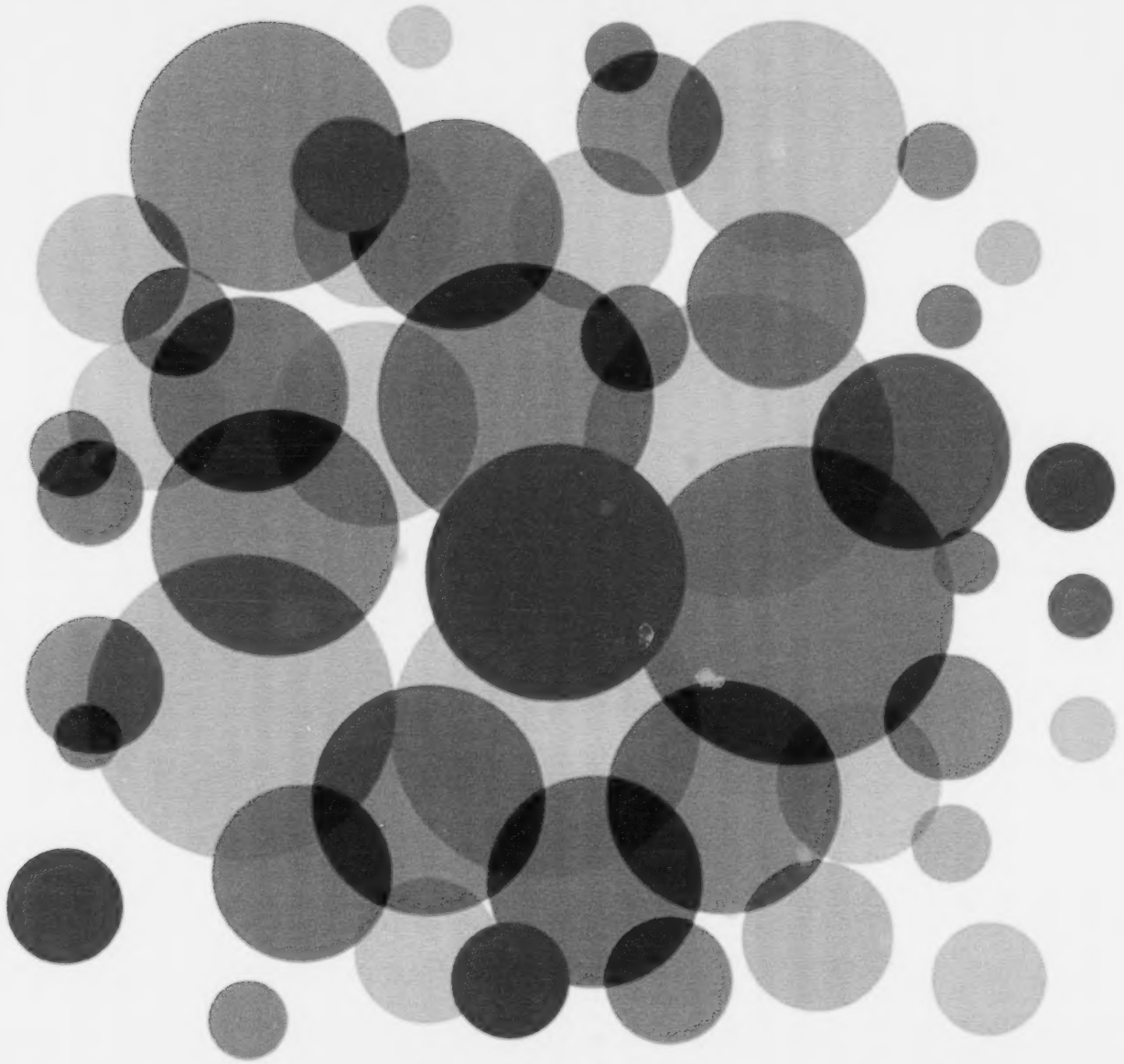
Rapport annuel de gestion



2012-2013

Agence de la santé et des services sociaux de
l'Abitibi-Témiscamingue

Québec

Adopté par le conseil d'administration le 25 septembre 2013

Ce document a été réalisé par :
Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
1, 9e Rue
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2A9
Téléphone : 819 764-3264
Télécopieur : 819 797-1947
Site Web : www.sante-abitibi-temiscamingue.gouv.qc.ca

Production

Direction des activités stratégiques
Manon Cliche, agente administrative pour la conception graphique,
sous la coordination de Marie-Eve Therrien, agente de communication
en collaboration avec le personnel de toutes les directions

Révision des textes

Julie Bégin, Direction des ressources financières et matérielles
Sylvie Bellot, Direction de santé publique
Nicole Berthiaume, Direction de l'organisation des services
Nicole Marcil, Direction de l'organisation des services
Annette Picard, Direction des ressources humaines et informationnelles

ISBN : 978-2-89391-606-4 (version imprimée)
ISBN : 978-2-89391-607-1 (version pdf)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013
Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2013

Note : Dans ce document, le genre masculin désigne aussi bien les femmes que les hommes

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.
Ce document est également disponible en médias substituts, sur demande.

© Gouvernement du Québec

Table des matières

Table des matières iii

Liste des sigles et acronymes ix

Liste des tableaux et de la figure xi

Mot de la présidente du conseil d'administration et du président-directeur général xiii

Déclaration sur la fiabilité des données contenues dans le rapport annuel de gestion et des contrôles afférents xvii

Section 1 ➲ Rôle et état général de fonctionnement de l'Agence 1

Mission, territoire, population 1

Plan d'organisation, organigramme et effectifs de l'Agence 2

Communications 4

Réseau d'établissements de santé et de services sociaux 5

Organismes communautaires 6

Conseil d'administration 7

Instances consultatives 7

- ➲ Comité de vigilance et de la qualité 7
- ➲ Comité régional d'accès aux services en langue anglaise 8
- ➲ Comité régional sur les services pharmaceutiques 9
- ➲ Commission infirmière régionale 10
- ➲ Commission multidisciplinaire régionale 11
- ➲ Département régional de médecine générale 11
- ➲ Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée 12

Section 2 ➲ Activités de l'Agence 13

Grands défis de l'année 15

- ➲ Itinérance 15
- ➲ Alliance régionale pour la solidarité et l'inclusion sociale 15
- ➲ Amélioration de l'accès aux services 16
- ➲ Informatisation clinique 16
- ➲ Stratégie régionale de main-d'œuvre 16

Affaires médicales 17

- ➲ Clientèle orpheline 17
- ➲ Groupe de médecine de famille 17
- ➲ Plans régionaux d'effectifs médicaux en médecine générale et en spécialités 18

- Unité de médecine familiale 20

ACTIVITÉS RÉGIONALES EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX 21

- Qualité des services 21
  - Agrément des établissements 21
  - Comités des usagers 21
  - Communautés autochtones 21
  - Conditions de vie des femmes 23
  - Maltraitance envers les personnes aînées 23
  - Plaintes à l'Agence et dans les établissements 24
  - Prestation sécuritaire des soins et services 26
  - Recommandations du coroner 26
  - Visite d'évaluation en CHSLD 26
  - Violence faite aux femmes 26
  - Services préhospitaliers d'urgence 26

Programmes de services 29

- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement 29
  - Services spécialisés – Troubles envahissants du développement 29
  - Soutien à domicile – Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement 30
- Déficience physique 31
  - Plan d'action à l'égard des personnes handicapées 31
  - Services spécialisés 31
  - Soutien à domicile 32
  - Soutien à domicile – Allocation directe 32
- Dépendance 33
  - Jeu pathologique 33
  - Toxicomanie – Services de première ligne 33
- Jeunes en difficulté 35
  - Équipe d'intervention jeunesse 35
  - Expertise psychosociale 35
  - Jeunes et leur famille en difficulté – Services de première ligne 36
  - Jeunes et leur famille en difficulté – Services de deuxième ligne 36
  - Programme de qualification des jeunes 37
  - Services de 2e ligne en dépendances pour les jeunes des centres jeunesse 37
  - Services d'intervention en situation de crise 38
  - Services en négligence 38
- Santé mentale 39
  - Services d'urgence 39
- Santé physique 41

- Centre virtuel de santé et de services sociaux 41
- Lutte contre le cancer 41
- Soins palliatifs 43
- Système automatisé et robotisé de distribution des médicaments 43

Santé publique 45
- Développement des communautés 45
- Habitudes de vie et maladies chroniques — Dépistage du cancer du sein 46
- Habitudes de vie et maladies chroniques — Prévention des maladies chroniques 47
- Habitudes de vie et maladies chroniques — Santé dentaire 48
- Jeunes et famille – Animation de jeunes en milieu rural 49
- Jeunes et famille – Promotion et prévention 50
- Maladies infectieuses – Immunisation 52
- Maladies infectieuses – Prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang 53
- Prévention des chutes chez les personnes âgées 54
- Santé au travail 54
- Santé environnementale 55
- Surveillance de l'état de santé 56

Services généraux 59
- Services psychosociaux généraux 59

Soutien à l'autonomie des personnes âgées 61
- Certification des résidences privées pour aînés 61
- Services aux personnes hébergées en milieu substitut 62
- Services dans le milieu de vie 62

Programmes de soutien 63

Administration et soutien aux services 63
- Formation Agir auprès de la personne âgée 63
- Planification de la main-d'œuvre 64
- Recrutement de la main-d'œuvre 66
- Programme d'amélioration des conditions d'exercice des cadres 66

Ressources informationnelles 69
- Dossier Santé Québec 69
- Dossier clinique informatisé 69
- Gouvernance et planification en ressources informationnelles 70
- Informatisation des groupes de médecine de famille 71
- Maintien des actifs informationnels 71
- Regroupement de centres de traitement informatique 72

Gestion des bâtiments 73
- Programmes fonctionnels et techniques 73

Section 3 ➲ Organismes communautaires subventionnés par l'Agence 75

Respect des règles et des normes édictées par le MSSS 77

Concertation régionale 77

Section 4 ➲ Données financières 79

Situation financière de l'Agence 81

➲ Rapport de la direction 81

➲ Rapport du vérificateur sur les états financiers condensés 83

Notes complémentaires aux états financiers cumulés – exercice terminé le 31 mars 2013 95

➲ Note 1 – Statut et nature des opérations 95

➲ Note 2 – Description des principales conventions comptables 95

↳ Référentiel comptable 95

↳ Utilisation d'estimations 95

↳ Comptabilité d'exercice 95

↳ Périmètre comptable 95

↳ Revenus 95

↳ Revenus d'intérêts 95

↳ Autres revenus 96

↳ Charges inhérentes aux ventes de services 96

↳ Débiteurs 96

↳ Prêts interfonds 96

↳ Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts 96

↳ Dettes à long terme 96

↳ Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec 96

↳ Régimes de retraite 96

↳ Immobilisations 96

↳ Frais payés d'avance 97

↳ Instruments financiers 97

↳ Comptabilité par fonds 97

↳ Classification des activités 98

↳ Centres d'activités 98

↳ Avoir propre 98

➲ Note 3 – Modifications comptables 98

↳ Avantages sociaux futurs 98

↳ Subventions (transferts) gouvernementales 98

↳ Subvention à recevoir sur les dettes financées par le gouvernement – réforme comptable 99

➲ Note 4 – Présentation des données budgétaires 99

➲ Note 5 – Emprunts bancaires 100

➲ Note 6 – Opérations entre apparentés 101

- Note 7 – Analyse financière 101

Situation financière des établissements 103

- Budget net de fonctionnement 103
- Autorisation d'emprunt temporaire accordée 103

Subvention aux organismes communautaires 105

Section 5 ➲ Bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité 109

Section 6 ➲ Code d'éthique des administrateurs publics de l'Agence 131

Introduction 133

Déclaration de principes 133

Objectif du code d'éthique 134

Personnes concernées par le code d'éthique 134

Devoirs et obligations 134

Règles relatives aux conflits d'intérêts, de rôles et de responsabilités 134

Déclaration d'intérêt 135

Activités politiques 135

Règles relatives aux assemblées 135

Interdiction des pratiques reliées à la rémunération 135

Devoirs et obligations de l'après-mandat 136

Mécanisme d'application et de respect du code 136

Enquête et immunité 136

Publicité du code d'éthique 136

Déclaration des intérêts des administrateurs publics – Code d'éthique 137

Engagement personnel – Code d'éthique 138

Liste des sigles et acronymes

a.	Article
AADNC	Affaires autochtones et développement du Nord Canada
A-T	Abitibi-Témiscamingue
c.	Chapitre
AÉS	Approche École en santé
AMP	Activité médicale particulière
ANPSS	Algonquin Nation Programs and Services Secretariat
AQEPA	Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs
AVC	Accident vasculaire cérébral
C.A.	Conseil d'administration
C/D	Centre d'activités
CAFA	Centre d'animation, de formation et d'accompagnement
CAFE	Crise Ado-Famille-Enfance
CALACS	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
CAMF	Carrefour action municipale famille
CAPACS	Centre d'aide et de prévention des agressions à caractère sexuel
CAT	Centre d'abandon du tabagisme
CCSAT	Centre de communication santé de l'Abitibi-Témiscamingue
CD	Courte durée
CDCRI	Comité directeur clinique en ressources informationnelles
CDD	Centre de dépistage désigné
CECOT	Centre d'expertise et de coordination de la télésanté
CEPO	Comité d'évaluation des pratiques oncologiques
CGRRI	Comité de gouverne régionale en ressources informationnelles
CH	Centre hospitalier
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CIR	Commission infirmière régionale
CJAT	Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue
CLSC	Centre local de services communautaires
CMCDU	Comité ministériel de coordination du désencombrement des urgences
CMDR	Commission multidisciplinaire régionale
CPE	Centre de la petite enfance
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CR	Centre de réadaptation
CRD	Cendre de réadaptation en dépendances
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CRDIAT	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de l'Abitibi-Témiscamingue
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CRÉ	Conférence régionale des élus
CRJDA	Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation
CROC-AT	Concertation régionale des organismes communautaires de l'Abitibi-Témiscamingue
CRPAT	Centre de réadaptation pour les personnes alcooliques et autres toxicomanes
CRPDI	Centre de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle
CRPDP	Centre de réadaptation pour personnes présentant une déficience physique
CRSP	Comité régional sur les services pharmaceutiques
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSSSPNQL	Commission de santé et de services sociaux des Premières nations du Québec et du Labrador
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
CUSM	Centre universitaire de santé McGill
CVSSS	Centre virtuel de santé et de services sociaux
DCI	Dossier clinique informatisé
DI	Déficience intellectuelle
DME	Dossier médical électronique
DP	Déficience physique
DQC	Direction québécoise de cancérologie
DRMG	Département régional de médecine générale
DSQ	Dossier Santé Québec
EAU	Équipe d'action pour l'urgence
EIJ	Équipe d'intervention jeunesse
ESSAIS	Échange de seringues, services d'aide et d'information sur le sida
ETC	Équivalent temps complet
FINESSS	Fonds de financement des établissements de la santé et des services sociaux
FISSS	Fonds d'intégration pour la santé et les services sociaux
FSS	Fonds des services de santé
GESTRED	Système de suivi de gestion et de reddition de comptes
GMF	Groupe de médecine de famille
GPMO	Gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre
ICCA	Institut Canadien des Comptables Agréés
ICI	Intervention comportementale intensive
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IMP	Intervention multifactorielle personnalisée
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
JED	Jeunes en difficulté
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse

L.R.Q	Lois refondues du Québec
LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MIG	Modified interaction guidance
MOI	Main-d'œuvre indépendante
MRAR	Mouvement de la relève d'Amos-région
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
ND	Non disponible
ORA	Opportunité de recrutement additionnelle
PAB	Préposé aux bénéficiaires
PAGSIS	Plan d'action gouvernementale pour la solidarité et l'inclusion sociale
PARI	Plan annuel des ressources informationnelles
PFT	Programme fonctionnel et technique
PHAR	Personnes handicapées Amos-région
PIED	Programme intégré d'équilibre dynamique
PNSP	Programme national de santé publique
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PQJ	Programme de qualification des jeunes
PREM	Plan régional d'effectifs médicaux
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
PTPARI	Plan triennal de la planification des ressources informationnelles
PNSP	Plan national de santé publique
r.	Règlement
RAIDD-AT	Ressource d'aide et d'information en défense des droits de l'Abitibi-Témiscamingue
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RCSSS	Réseau communautaire de santé et de services sociaux
RITM	Réseau intégré de télécommunication multimédia
RLS	Réseau local de services
RQC	Registre québécois du cancer
RREGOP	Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics
RRF	Régime de retraite des fonctionnaires
RRO	La rougeole, la rubéole et les oreillons
RRSPSAT	Réseau régional de santé publique en santé au travail
RRSS	Répertoire des ressources en santé et services sociaux
RSIPA	Réseau de services intégrés pour les personnes âgées
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SARCA	Service d'accueil, de référence, de conseils et d'accompagnement
SARDM	Système automatisé et robotisé de distribution des médicaments
SARDO	Système d'archivage régional de données oncologiques
SARROS	Soutien aux régions pour le recrutement des omnipraticiens et des spécialistes
SATAS	Service d'aide et de traitement en apprentissage social
SIDEP	Service intégré de dépistage et de prévention
SIPAD	Système d'information pour les personnes ayant une déficience
SIPPE	Service intégré en périnatalité et pour la petite enfance
SIQ	Société immobilière du Québec
S.O.	Sans objet
SRMO	Stratégie régionale de main-d'œuvre
SSÉMÉ	Soutien à la sécurité émotionnelle en milieu de garde pour les enfants
TCROCASMAT	Table de concertation régionale des organismes communautaires et alternatifs en santé mentale de l'Abitibi-Témiscamingue
TED	Trouble envahissant du développement
UMF	Unité de médecine familiale
UQAT	Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
UTRF	Unité transitoire de récupération fonctionnelle
VHC	Virus de l'hépatite C
VVS	Villes et villages en santé

Liste des tableaux et de la figure

Figure 1 : Les établissements de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue 5

Tableau 1 : Effectifs de l'Agence au 31 mars 2013 3

Tableau 2 : Effectifs des établissements au 31 mars 2013 6

Tableau 3 : Organismes communautaires subventionnés dans le cadre du PSOC au 31 mars 2013 6

Tableau 4 : Membres du conseil d'administration de l'Agence au 31 mars 2013 7

Tableau 5 : Membres du comité de vigilance et de la qualité au 31 mars 2013 8

Tableau 6 : Membres du comité régional d'accès aux services en langue anglaise au 31 mars 2013 8

Tableau 7 : Membres du comité régional sur les services pharmaceutiques au 31 mars 2013 10

Tableau 8 : Membres de la Commission infirmière régionale au 31 mars 2013 10

Tableau 9 : Membres de la Commission multidisciplinaire régionale au 31 mars 2013 11

Tableau 10 : Membres du Département régional de médecine générale au 31 mars 2013 12

Tableau 11 : Membres de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée au 31 mars 2013 . 12

Tableau 12 : Plan régional d'effectifs médicaux en médecine générale et en médecine spécialisée pour l'Abitibi-Témiscamingue 19

Tableau 13 : Effectifs médicaux en médecine générale et en médecine spécialisée 19

Tableau 14 : Bilan des plaintes, interventions, demandes d'assistance, de consultation et d'information 24

Tableau 15 : Plaintes examinées par les commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services 25

Tableau 16 : Plaintes traitées par les médecins examinateurs dans les CSSS 25

Tableau 17 - Nombre de transports ambulanciers selon les territoires 27

Tableau 18 : Fonds d'exploitation - État des résultats - Exercice terminé le 31 mars 2013 84

Tableau 19 : Fonds des activités régionalisées - État des résultats - Exercice terminé le 31 mars 2013 86

Tableau 20 : Fonds d'immobilisations - État des résultats - Exercice terminé le 31 mars 2013 87

Tableau 21 : Fonds d'exploitation - État des soldes de fonds - Exercice terminé le 31 mars 2013 88

Tableau 22 : Fonds d'immobilisations - Fonds des activités régionalisées - État des soldes de fonds - Exercice terminé le 31 mars 2013 89

Tableau 23 : Fonds d'exploitation - Fonds des activités régionalisées - Bilan au 31 mars 2013 90

Tableau 24 : Fonds d'immobilisations - Bilan au 31 mars 2013 91

Tableau 25 : Fonds affectés cumulés - Bilan au 31 mars 2013 92

Tableau 26 : Fonds affectés cumulés - État des résultats au 31 mars 2013 93

Tableau 27 : Fonds affectés cumulés - État des soldes de fonds au 31 mars 2013 94

Tableau 28 : Budget net de fonctionnement - Excédent ou (déficit) au 31 mars 2013 103

Tableau 29 : Autorisation d'emprunt temporaire accordée au 31 mars 2013 104

Tableau 30 : Liste des organismes communautaires subventionnés par catégorie et par secteur d'activités 105

Mot de la présidente du conseil d'administration et du président-directeur général

C'est avec plaisir que nous partageons ce bilan sur les enjeux et les réalisations qui caractérisent la promotion de la santé et du bien-être ainsi que l'organisation des services de santé et des services sociaux de notre région. Vous y trouverez les priorités d'action et les initiatives mises de l'avant par l'Agence de la santé et des services sociaux et les établissements de l'Abitibi-Témiscamingue pour améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services rendus à la population.

Nous voulons également adresser nos félicitations au personnel de l'Agence et des établissements. Une organisation comme la nôtre a besoin de la contribution de tout son personnel dans les moments cruciaux, surtout lorsque la tâche à accomplir est immense. Cette année, une mobilisation tout à fait singulière dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) de l'Abitibi-Témiscamingue a permis à l'Agence de progresser sur plusieurs fronts, en collaboration constante avec les établissements, pour le bienfait de la population de l'Abitibi-Témiscamingue.

Un appel aux valeurs régionales

L'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, par la voie de son président-directeur général, réalise une tournée de la région qui se terminera cet automne. Le but est de rencontrer l'ensemble des membres des conseils d'administration des établissements. Lors de ce moment privilégié, un portrait de la situation régionale est présenté et un appel à la mobilisation est lancé afin d'atteindre les objectifs de l'optimisation tout en préservant les soins et les services.

En effet, le contexte dans lequel évolue le système de santé est en constante transformation. Des besoins sont en émergence et plusieurs éléments de l'environnement exercent une forte pression sur le système de santé. Notons, par exemple, les tendances sociodémographiques, dont le vieillissement de la population, l'augmentation des incapacités et l'accroissement des inégalités. D'autres facteurs influent sur la capacité du système à répondre aux besoins et à prodiguer des soins de qualité : la disponibilité de la main-d'œuvre ainsi que l'implantation des technologies de l'information. Les ressources financières sont limitées et, par conséquent, les dirigeants ont été invités à revoir leurs processus organisationnels et à mettre en commun leurs ressources dans le but de maintenir, voire améliorer l'accès et la qualité des services pour la population.

C'est dans ce contexte complexe, et même parfois difficile, que les valeurs fondamentales, tels la solidarité et le partage, si chères à notre réseau, doivent s'actualiser afin de concentrer les énergies sur son importante mission qui met le citoyen au cœur de nos préoccupations.

C'est pour cette raison que, cette année, les projets mis en évidence dans cette rubrique visent directement la population.

La responsabilité populationnelle : notre raison d'être?

Cette préoccupation pour le citoyen est aussi un concept qui s'exerce au cœur des centres de santé et de services sociaux (CSSS) qui doivent animer et coordonner les réseaux locaux de services (RLS). Les RLS regroupent l'ensemble des prestataires de soins et de services dont font partie les médecins, les organismes communautaires, les ressources privées, les établissements ainsi que les partenaires des autres secteurs d'activité. Les CSSS et tous leurs partenaires doivent assumer collectivement une responsabilité à l'égard de la population de leur territoire, concept appelé *responsabilité populationnelle*. Cette notion implique d'agir en collaboration sur les déterminants de la santé, d'assurer, de façon continue, l'accès à une

large gamme de services de santé et de services sociaux ainsi que de prendre en charge les personnes.

Ainsi, le 13 mai 2013, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) organisait un évènement national sur cette question, sous le thème *La responsabilité populationnelle : un levier pour la santé et le bien-être de la population*. Cette rencontre d'envergure nationale réunissait, par visioconférence, plusieurs centaines de gestionnaires à travers la province, dans une perspective de mobilisation. Ce fut un succès! En fait, cette activité a permis de partager une compréhension commune de la responsabilité populationnelle, des façons de l'exercer et de dégager des leviers d'action pour continuer la démarche.

La promotion des droits : l'affaire de tous!

Parce que les droits des usagers gagnent à être connus de tous, l'Agence, les CSSS, les centres de réadaptation (CR) et le centre jeunesse décidaient, il y a cinq ans, de passer à l'action afin de faire connaître les droits individuels autant sur le plan de la santé que des services sociaux. La Semaine régionale de promotion des droits des usagers voyait le jour! Cette semaine thématique était de retour pour une cinquième année, du 4 au 8 février 2013. Des bénévoles des comités des usagers et des personnes-ressources des établissements de santé et de services sociaux étaient à l'œuvre aux quatre coins de la région afin de rencontrer la population et les intervenants pour faire la promotion des droits. Au fil des ans, de nombreux projets ont été mis de l'avant pour rejoindre le plus grand nombre de personnes possible : capsules radiophoniques, pièce de théâtre créée sur mesure, kiosques d'information, distribution de matériel promotionnel, etc. En nouveauté cette année, les droits des usagers étaient en vedette dans un des autobus de ville de Rouyn-Noranda, accompagnés de photos de notre région!

L'approche adaptée : de la bienveillance en action!

Dans le monde de la santé et des services sociaux, comme dans bien d'autres domaines, les pratiques évoluent. De nouvelles connaissances acquises grâce à la recherche nous amènent à ajuster nos façons de faire. C'est le cas avec les personnes âgées qui sont hospitalisées. L'approche adaptée conduit à de grandes interventions par de petits gestes.

Afin de sensibiliser le public à ce changement de pratique, l'Agence, en collaboration avec les CSSS de la région, a créé et diffusé une vidéo informative à l'intention du grand public. Elle constitue la prémisse de la nouvelle façon dont sont dispensés les soins de base à la personne âgée qui se retrouve en centre hospitalier.

Investissement de 13 millions au centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) de Macamic : un milieu plus confortable pour les résidents!

L'annonce de ce financement a été faite en mai 2013 et permettra la réalisation de rénovations, améliorant ainsi la qualité de vie des usagers de ce CHSLD. Ces travaux contribueront à moderniser les lieux et à les rendre conformes aux orientations préconisées pour cette clientèle. Ce réaménagement contribuera à mettre en place un environnement plus sécuritaire et adapté aux pratiques actuelles.

La population peut s'attendre à une amélioration de l'épisode de soins et une meilleure qualité des services.

Pour les intervenants, ce réaménagement permettra de poursuivre l'actualisation du milieu de vie. Avec des locaux qui seront mieux adaptés, l'établissement pourra accomplir pleinement sa mission.

Nouveau programme de bourses : recruter des intervenants pour mieux desservir les usagers!

Un levier supplémentaire pour aider la région à attirer les diplômés dont elle a besoin a été mis à la disposition des établissements! Depuis déjà plusieurs années, l'Agence et l'ensemble des établissements déploient tous les efforts possibles afin de satisfaire les importants besoins de main-d'œuvre du réseau. C'est connu : la pénurie affecte plus durement certains titres d'emploi. Afin de recruter de futurs diplômés dans ces domaines bien précis, la région dispose désormais d'un nouveau programme de bourses qui permet aux candidats sélectionnés d'obtenir jusqu'à 30 000 $, sur deux ans.

Journée éducative régionale en prévention du suicide : Prendre soin des intervenants!

L'Agence et ses partenaires ont tenu, au mois de février, une Journée éducative régionale en prévention du suicide.

Afin d'alimenter la réflexion et de mieux outiller les participants à faire face au stress, le comité a retenu les services d'un conférencier hors du commun, soit un médecin spécialiste en santé communautaire, Dr Serge Marquis. Ce dernier a développé un intérêt particulier pour le stress, l'épuisement professionnel et la détresse psychologique dans l'espace de travail. Signe que le thème choisi a rejoint un très grand nombre de personnes, plus de 275 personnes se sont inscrites à la journée.

Dossier Santé Québec (DSQ) : une prise en charge rapide de la personne!

Le DSQ est un nouvel outil mis à la disposition des professionnels de la santé qui leur permet d'accéder à des renseignements jugés essentiels concernant l'état de santé de chacun et chacune. Le dossier de santé d'un citoyen sera constitué uniquement de la liste des médicaments prescrits et obtenus dans une pharmacie, des résultats des examens et analyses de laboratoires, des résultats des examens d'imagerie médicale (radiographie, scan, imagerie par résonance magnétique, etc.). L'objectif de cette initiative est de faciliter la prise en charge rapide et efficace des personnes et d'assurer un meilleur continuum de soins. Pour le citoyen, les avantages sont nombreux, dont des interventions plus rapides, surtout en situation d'urgence, et un meilleur suivi par les professionnels de la santé.

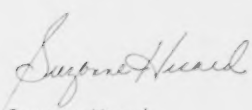
Environnements favorables : se sentir bien entouré!

Collectivement, nous pouvons faire beaucoup pour améliorer nos milieux de vie et faire en sorte qu'ils contribuent à nous maintenir en bonne santé. La création d'environnements favorables est l'affaire de toute la collectivité. Elle concerne non seulement les individus, mais aussi les intervenants gouvernementaux, communautaires et privés qui participent aux décisions qui régissent la société.

Voilà un aperçu de dossiers qui ont retenu notre attention, mais continuez à feuilleter ce rapport, car vous pourrez prendre connaissance de la plupart des travaux réalisés au cours de l'année 2012-2013.

Bonne lecture!

La présidente du conseil d'administration,



Suzanne Huard

Le président-directeur général,

Jacques Boissonneault

Déclaration sur la fiabilité des données contenues dans le rapport annuel de gestion et des contrôles afférents

Les informations contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la treizième période financière relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le bilan et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du bilan de suivi de gestion à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2012–2013 de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue présentent :

- les cibles, les résultats attendus, les indicateurs et les résultats obtenus;
- des données exactes et fiables.

Je déclare que les données et l'information contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2012–2013.

Le président-directeur général,

Jacques Boissonneault

Section 1

Rôle et état général de fonctionnement de l'Agence

MISSION, TERRITOIRE, POPULATION

Mission

Le gouvernement a institué, dans chaque région qu'il a délimitée, une agence de la santé et des services sociaux (art. 339 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux [LSSSS, L.R.Q. c. S-4.2]).

L'agence est instituée pour exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

Territoire

La région de l'Abitibi-Témiscamingue est délimitée à l'ouest par la frontière du Québec et de l'Ontario, au nord, par le 49e parallèle et, du sud à l'est, par les municipalités régionales de comté (MRC) de Pontiac, de la Vallée-de-la-Gatineau et du Haut-Saint-Maurice. C'est l'une des plus vastes régions du Québec avec quelque 65 000 km^2 de superficie; les distances y sont donc importantes. Ainsi, il faut compter près de 400 kilomètres de route entre Senneterre, au nord-est, et Témiscaming, au sud-ouest.

Au total, 65 municipalités se partagent le territoire, sans compter dix territoires non organisés. À ces derniers s'ajoute la population algonquine qui se répartit entre les quatre réserves indiennes de Kebaowek, Timiskaming, Pikogan et Lac-Simon ainsi que les trois établissements indiens de Hunter's Point, Winneway et Kitcisakik.

Population

Selon les plus récentes estimations démographiques[1], en 2012, la population de l'Abitibi-Témiscamingue s'élevait à 146 753 personnes, ce qui représente 1,8 % de la population du Québec. La population de l'Abitibi-Témiscamingue se révèle un peu plus jeune que celle du Québec et les hommes y sont légèrement majoritaires.

La région se divise en cinq territoires de CSSS. Les plus peuplés sont ceux de la Vallée-de-l'Or et de Rouyn-Noranda qui regroupent respectivement 29,6 % et 28,1 % de la population régionale. Le territoire Les Eskers de l'Abitibi et celui des Aurores-Boréales rassemblent, pour leur part, 17 % et 14,1 % des Témiscabitibiens. Quant au territoire du Témiscamingue, il est le moins populeux avec 11,1 % des résidents de la région.

Les Premières Nations sont présentes en Abitibi-Témiscamingue et comptent près de 7 300 membres en 2012[2], ce qui représente 5 % de l'ensemble de la population régionale.

[1] Source : Statistique Canada et Institut de la statistique du Québec.

[2] Source : Ministère des Affaires autochtones et Développement du Nord Canada. Registre de la population indienne au 31 décembre 2012.

PLAN D'ORGANISATION, ORGANIGRAMME ET EFFECTIFS DE L'AGENCE

Plan d'organisation

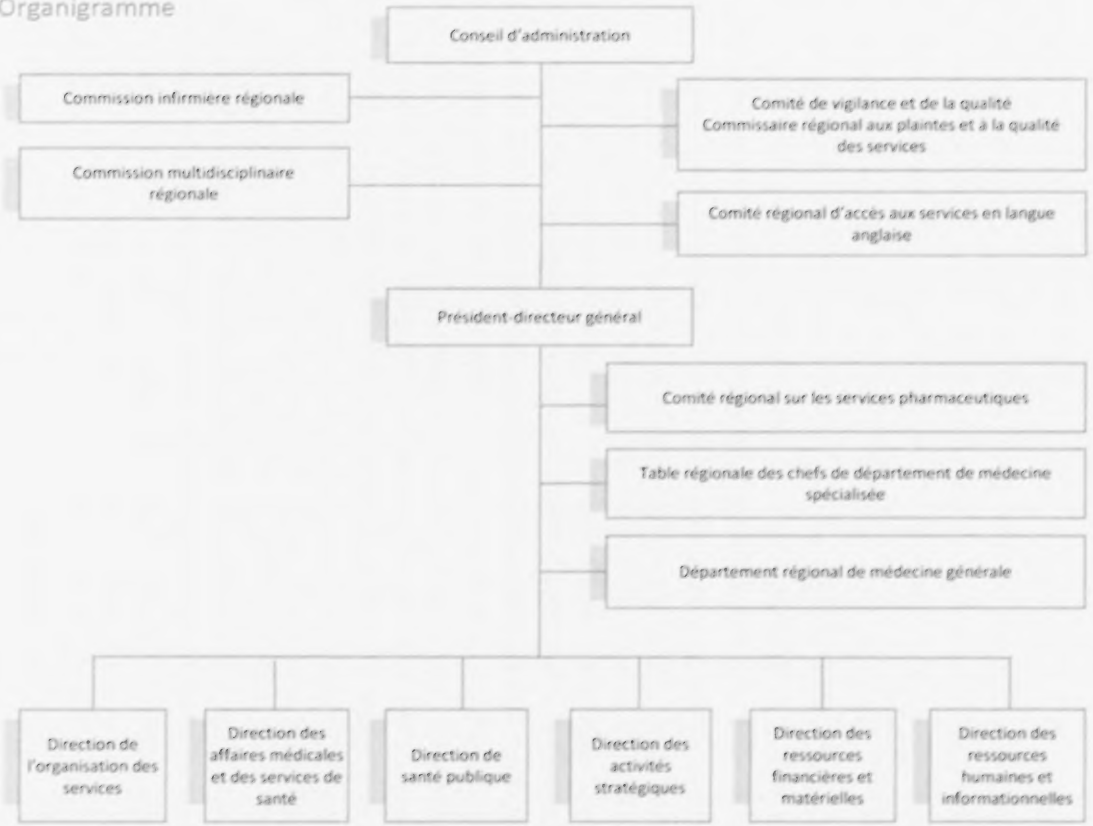
Le plan d'organisation de l'Agence est conçu de façon à assurer la coordination de ses différentes composantes, et ce, afin de réaliser les mandats qui lui sont conférés par la LSSSS. Outre sa mission spécifique de mettre en place sur son territoire une organisation de services de santé et de services sociaux intégrés, l'Agence assume des fonctions reliées :

- à la population et aux usagers;
- à l'allocation des ressources financières;
- à l'organisation des services;
- à la gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles;
- à la santé publique;
- aux priorités de santé et de bien-être.

L'organisation comprend :

- un conseil d'administration, composé de membres issus de la région, assurant la gestion des orientations de l'organisation et son imputabilité auprès du Ministre;
- quatre instances régionales consultatives au conseil d'administration et trois instances régionales consultatives au président-directeur général, assurant l'expertise utile à une réponse adaptée aux multiples besoins de la population de la région;
- un bureau du président-directeur général;
- six directions :
  - Direction de l'organisation des services;
  - Direction des affaires médicales et des services de santé;
  - Direction de santé publique;
  - Direction des activités stratégiques;
  - Direction des ressources financières et matérielles;
  - Direction des ressources humaines et informationnelles.

Organigramme



Effectifs de l'Agence

Le tableau ci-dessous regroupe l'ensemble des ressources humaines qui œuvraient pour l'Agence au 31 mars 2013.

Tableau 1 : Effectifs de l'Agence au 31 mars 2013

Personnel	2012-2013	2011-2012	Variation
LES CADRES			
• Temps complet (excluant les cadres en stabilité d'emploi)	18	18	0
• Temps partiel	0	0	0
Nombre de personnes : équivalents à temps complet (excluant les cadres en stabilité d'emploi)	0	0	0
• Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	0	0
LES EMPLOYÉS RÉGULIERS			
• Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	73	75	-2
• Temps partiel	3	4	-1
Nombre de personnes : équivalents à temps complet (excluant les cadres en sécurité d'emploi)	1,5	2	-0,5
• Nombre de personnes en sécurité d'emploi	0	0	0
LES OCCASIONNELS			
• Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	8 792	15 874	-6 992
• Équivalent à temps complet	5	9	-4

Note : Les onze médecins et dentistes rémunérés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) sont exclus des données ci-dessus mentionnées.

COMMUNICATIONS

L'Agence, par l'entremise de sa Direction des activités stratégiques, se donne comme mandat de poursuivre une communication assidue et de qualité avec divers groupes ciblés, à l'interne et à l'externe. Ce faisant, l'Agence vise deux objectifs :

- informer adéquatement sur les services de santé et les services sociaux, sur leur organisation, leur fonctionnement, de même que sur les enjeux qui touchent le réseau régional;
- soutenir convenablement la population dans ses choix pour une prise en charge accrue de sa santé et de son bien-être.

La Direction des activités stratégiques prend les moyens jugés les plus appropriés pour transmettre une information claire, complète, véridique, accessible et la plus objective possible. Elle cherche à maintenir une saine relation d'affaires avec les médias locaux, régionaux et nationaux. Dans un contexte où les journalistes sont sans cesse à la recherche d'informations à caractère sensationnel, elle est la gardienne de l'image de marque de l'Agence.

La Direction des activités stratégiques mène une panoplie d'actions de communications dont voici un bref aperçu :

- élaboration de la planification stratégique annuelle;
- coordination du Rapport annuel de gestion de l'Agence ainsi que du Rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services;
- coordination des ententes de gestion et d'imputabilité avec les établissements et le MSSS;
- rédaction et diffusion de tous les communiqués de presse émanant de l'Agence;
- organisation des conférences de presse et encadrement (*coaching*) des professionnels appelés à agir comme porte-parole pour l'Agence;
- gestion des demandes des médias;
- préparation des états de situation pour les différents cabinets ministériels;
- gestion des relations publiques (participation ou organisation de colloques, forums, rencontres publiques d'information, etc.);
- planification et déploiement des campagnes d'information, publicitaires ou promotionnelles;
- supervision de l'ensemble des publications (documents, bulletins, dépliants, affiches, etc.) produites par l'Agence et destinées aux publics externes, dont le Conseil en bref et les fascicules thématiques.

La gestion du site Internet de l'Agence (www.sante-abitibi-temiscamingue.gouv.qc.ca) relève également de la Direction des activités stratégiques. Un projet de refonte a été lancé cette année afin de le rendre conforme aux trois standards sur l'accessibilité du Web adoptés par le Conseil du trésor en 2011. Le projet suit son cours.

RÉSEAU D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Figure 1 : Les établissements de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

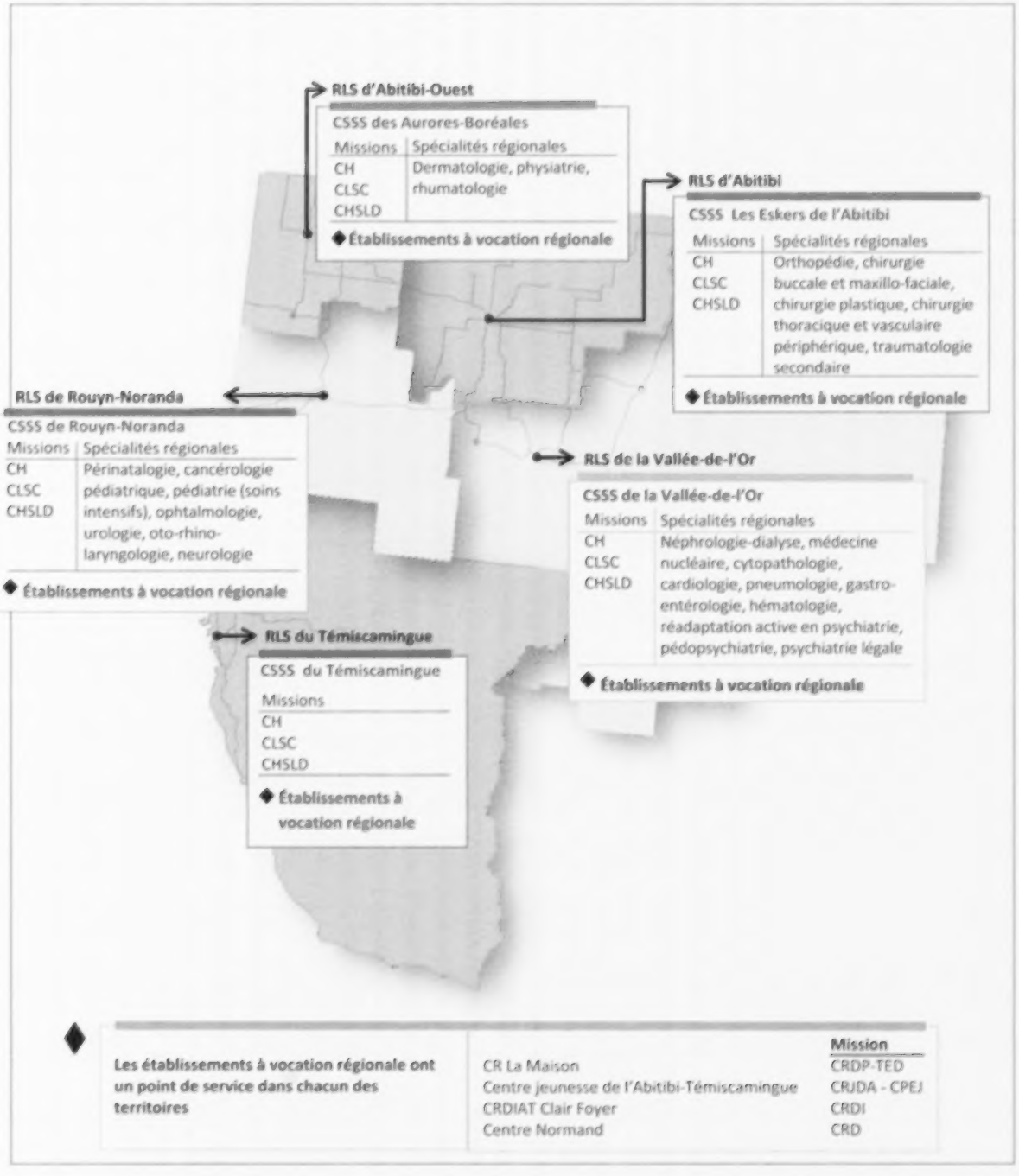


Tableau 2 : Effectifs des établissements au 31 mars 2013

Personnel	2012-2013	2011-2012	VARIATION
PERSONNEL CADRE			
Temps complet (excluant les personnes bénéficiant des mesures de stabilité d'emploi)	233	252	-19
Temps partiel (excluant les personnes bénéficiant des mesures de stabilité d'emploi) :			
Nombre de personnes	30	28	2
Équivalents temps complet	21	18	3
Personnes bénéficiant des mesures de stabilité d'emploi	0	0	0
PERSONNEL RÉGULIER			
Temps complet (excluant les personnes bénéficiant des mesures de sécurité d'emploi)	2 431	2 411	20
Temps partiel (excluant les personnes bénéficiant des mesures de sécurité d'emploi)			
Nombre de personnes	1 460	1 525	-65
Équivalents temps complet	873	891	-18
Personnes bénéficiant des mesures de sécurité d'emploi	1	2	-1
Personnel non-détenteur de poste			
Nombre d'heures rémunérées	2 027 136	2 165 722	-138 586
Équivalents temps complet	1 099	1 168	-69

Source : Données opérationnelles selon le rapport financier annuel AS-471 au 31 mars 2013 (page 234).

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Tableau 3 : Organismes communautaires subventionnés dans le cadre du PSOC au 31 mars 2013

Organisme	Nombre d'organismes 2012-2013	PSOC 2012-2013 ($)	Nombre d'organisme 2011-2012s	PSOC 2011-2012 ($)
Accès logis	0	0	0	0
Alcoolisme et autres toxicomanies	7	939 141	7	807 317
Autres ressources jeunesse	4	203 191	5	211 323
Agressions à caractère sexuel	4	769 492	4	751 300
Centres d'action bénévole	4	318 260	4	310 736
Centres de femmes	3	551 721	3	538 677
Communautés culturelles	0	0	0	0
Concertation régionale	1	83 683	1	81 705
Familles	0	0	0	0
Hommes en difficulté	2	239 415	2	233 755
Maintien à domicile	20	280 582	23	274 891
Maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence	4	2 651 760	4	2 589 068
Maisons de jeunes	9	661 334	9	645 699
Mesures de rechange	1	548 958	1	535 980
Multiclientèles	2	106 852	2	104 326
Personnes démunies	5	176 999	5	172 815
Personnes handicapées	21	1 798 943	21	1 683 151
Santé mentale	21	2 194 252	22	2 251 997
Santé physique	11	155 387	12	151 713
Services généraux	0	0	0	0
Sida	1	57 733	1	56 368
TOTAL	120	11 737 703	126	11 400 821

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Sa composition

Du 1er avril 2012 au 31 mars 2013, le conseil d'administration de l'Agence a tenu six assemblées ordinaires et trois assemblées extraordinaires.

Le processus de renouvellement des membres du conseil d'administration s'est poursuivi en 2012-2013. Deux nouveaux collèges sont entrés en fonction, soit le comité régional sur les services pharmaceutiques et celui sur les personnes indépendantes, alors que cinq autres collèges ne se retrouvent plus dans la nouvelle composition prévue par la LSSSS, soit :

- les établissements qui exploitent un centre d'hébergement et de soins de longue durée;
- les établissements autres;
- les organismes socio-économiques;
- les organismes du secteur public de l'enseignement;
- les cooptés.

Le processus s'est terminé le 1er août 2012 avec l'entrée en fonction des nouveaux membres.

Tableau 4 : Membres du conseil d'administration de l'Agence au 31 mars 2013

Représentativité	Membres
Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée	Poste vacant
Département régional de médecine générale	Dre Julie Richer
Comité régional sur les services pharmaceutiques	Poste vacant
Commission infirmière régionale	Poste vacant
Commission multidisciplinaire régionale	M. Donald Renault
Milieu communautaire	Mme Micheline Bergeron
Comité des usagers	Mme Madeleine Paquin
Milieu syndical	Mme Marie Méthot
Membre indépendant	Mme Suzanne Huard
Membre indépendant	M. Serge Larche
Membre indépendant	M. Robert Bellemare
Membre indépendant	M. Marc-André Côté
Membre indépendant	M. Pierre Bérubé
Président-directeur général de l'Agence	M. Jacques Boissonneault

INSTANCES CONSULTATIVES

Comité de vigilance et de la qualité

Le comité de vigilance et de la qualité assure le suivi aux recommandations formulées par le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services. Pour ce faire, le comité prend connaissance des constats et conclusions du commissaire régional au sujet de la pertinence, la qualité, la sécurité, l'efficacité des services et le respect des droits des personnes qui reçoivent des services des organismes communautaires, des résidences privées pour aînés, des services préhospitaliers d'urgence et des ressources d'hébergement en toxicomanie ou en jeu pathologique.

Le commissaire régional rend compte, au comité de vigilance et de la qualité, du suivi accordé aux recommandations par les instances concernées afin d'améliorer les services avec la mise en place de mesures correctives. Le comité donne son avis sur les activités d'assistance, d'information, de consultation et les interventions réalisées par le commissaire.

Le comité de vigilance et de la qualité a tenu trois rencontres au cours de l'année et il était composé des personnes dont la liste apparaît dans le tableau 5.

Tableau 5 : Membres du comité de vigilance et de la qualité au 31 mars 2013

Représentativité	Membre
Membre du conseil d'administration de l'Agence, comités des usagers des établissements	M[me] Madeleine Paquin
Membre du conseil d'administration de l'Agence, nommé par les membres du conseil	M[me] Marie Méthot
Membre du conseil d'administration de l'Agence, organismes du milieu communautaire	M[me] Micheline Bergeron
Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services	M. Alain Couture
Président-directeur général de l'Agence	M. Jacques Boissonneault

Comité régional d'accès aux services en langue anglaise

Le dossier sur la langue anglaise est transversal puisqu'il concerne l'accessibilité à l'ensemble des services de santé et des services sociaux pour la clientèle anglophone de l'Abitibi-Témiscamingue. Au cours de l'exercice 2012-2013, l'Agence a poursuivi ses efforts pour soutenir les établissements dans la mise en œuvre de stratégies en cohérence avec les plans d'action identifiés dans le programme d'accès 2010-2014.

Les membres du comité régional d'accès aux services en langue anglaise se sont réunis à une occasion au cours de l'exercice 2012-2013. Outre l'échange d'informations, l'objectif de cette rencontre était de poursuivre et de bonifier l'implantation du projet d'adaptation des programmes en langue anglaise. De plus, l'Agence est en contact régulier avec les membres en répondant à leurs demandes ou leurs besoins ponctuels et en s'assurant du suivi des demandes, en lien avec les établissements concernés.

Tableau 6 : Membres du comité régional d'accès aux services en langue anglaise au 31 mars 2013

Représentativité	Membre
Communauté anglophone de Rouyn-Noranda	M[me] Diane Pollock
Association Neighbours	M[me] Elsie Sullivan
Association Neighbours	M[me] Sharleen Sullivan
Communauté de Temiskaming First Nation	M[me] Norma Heath
Algonquin Nation Program and Services Secretariat	M[me] Donna McBride
Communauté anglophone de Val-d'Or	M[me] Debbie Pitts
Centre d'entraide et d'amitié autochtone de Senneterre	M[me] Rebecca Moore
Community Learning Center de Val-d'Or	M[me] Marie-Ève Bourrassa
Conseil d'administration de l'Agence	M[me] Madeleine Paquin

Par ailleurs, l'Agence a participé aux deux rencontres bisannuelles de la table des partenaires, mise en place par l'Association Neighbours de Rouyn-Noranda. Elle a également poursuivi ses contacts avec l'organisme anglophone Service d'accueil, de référence, de conseils et d'accompagnement (SARCA) ainsi qu'avec le nouveau centre Community Learning Center de Val-d'Or.

Formation du personnel du réseau : L'Agence a assuré la coordination et le suivi des programmes de formation en langue anglaise pour le personnel des établissements dans le cadre du programme financé par Santé Canada et coordonné par l'Université McGill : 94 personnes provenant des CSSS du Témiscamingue, Les Eskers de l'Abitibi, de Rouyn-Noranda, de la Vallée-de-l'Or, du Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue (CJAT) et du Centre d'appel d'urgence de l'Abitibi-Témiscamingue ont participé à ce programme.

Adaptation des programmes en langue anglaise : L'Agence a maintenu son soutien auprès des établissements pour l'implantation du projet d'adaptation des programmes de prévention et de promotion de la santé pour la clientèle d'expression anglaise, projet financé par Santé Canada et coordonné par le Réseau communautaire de santé et de services sociaux (RCSSS), dans le cadre du Programme de contribution pour les langues officielles 2009-2013. Parmi les activités réalisées par l'Agence dans le cadre de ce dossier, citons :

- la poursuite des ateliers-rencontres organisés et offerts par l'Agence aux femmes anglophones de la Vallée-de-l'Or pour les sensibiliser à la santé des seins. Neuf femmes du Centre d'entraide et d'amitié autochtone de Senneterre y ont participé;
- la traduction des outils promotionnels (imprimés, vidéos, parapost ou affiches) pour offrir à la clientèle anglophone des ateliers sur des thématiques particulières (diabète, maladies chroniques, santé des seins, santé bucco-dentaire, programme PIED, etc.);
- le soutien à l'organisme communautaire Assaut sexuel secours pour permettre aux intervenantes d'offrir des services et du support aux femmes anglophones;
- le soutien à l'organisme communautaire Liaison Justice pour adapter du matériel de prévention destiné aux jeunes.

L'Agence a également donné un appui à la réalisation d'activités par des établissements ou des organismes communautaires :

- l'activité de présentation par le CJAT du résumé de l'Entente collective pour les familles d'accueil et les ressources intermédiaires anglophones;
- les journées de sensibilisation sur la maltraitance envers les personnes âgées, offertes aux citoyens d'expression anglophone du territoire, en collaboration avec le CSSS Cavendish.

Aussi, dans le cadre du Programme de contribution pour les langues officielles en santé, initié par le gouvernement fédéral, selon l'entente Canada-Québec, l'Agence a participé pour la seconde fois au comité organisateur de la Rencontre d'échanges, qui se tenait à Québec les 12 et 13 février 2013, sur les Initiatives pour la santé des personnes et communautés d'expression anglaise du Québec. Cette rencontre a été organisée par le RCSSS avec la collaboration du MSSS et de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

Accessibilité des documents en langue anglaise : L'Agence a diffusé dix-neuf communiqués de presse et documents, traduits en anglais, auprès des communautés anglophones et a assuré la traduction d'une cinquantaine de formulaires, protocoles et autres documents d'information produits par les établissements pour leur clientèle, incluant la traduction des livrets *Accès aux services de santé et services sociaux* pour les cinq MRC de la région.

Comité régional sur les services pharmaceutiques

Le comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP) a tenu quatre rencontres au cours de l'année 2012-2013. Afin d'améliorer la représentativité territoriale, le comité a pris la décision de coopter le nombre de sièges disponibles, ce qui a permis l'arrivée de quatre nouveaux membres. Ainsi, chacun des secteurs de la région est maintenant bien représenté au sein du comité.

Plusieurs enjeux ont été discutés et traités tout au long de l'année, notamment la poursuite de la standardisation des ordonnances collectives dans la région. Issue de la collaboration entre les CSSS, les médecins et les pharmacies communautaires des différents territoires, cette démarche permet d'améliorer l'accessibilité à des soins et des services pharmaceutiques pour l'ensemble de la population de l'Abitibi-Témiscamingue. À cet effet, le comité a innové cette année en créant un site Internet accessible à tous les pharmaciens de la région. On y retrouve diverses informations, en plus du dépôt central de toutes les ordonnances collectives de la région.

Le comité continue de s'impliquer dans l'organisation d'activités de formation continue offertes par l'Université de Montréal. L'objectif est de rendre ces activités de formation accessibles à un plus grand nombre de pharmaciens de la région.

Les autres préoccupations du comité concernent : le projet de Système automatisé et robotisé de distribution des médicaments (SARDM) en établissement de santé, le suivi relatif à l'implantation du Dossier Santé Québec (DSQ) et la récupération sécuritaire du matériel injectable dans les pharmacies communautaires. On ne peut passer sous silence la pénurie de médicaments. Celle-ci affecte le travail des pharmaciens qui, sur une base quotidienne, mettent tout en œuvre afin d'en minimiser les impacts auprès des patients.

Le CRSP poursuit son travail de collaboration avec le personnel infirmier et les médecins afin de continuer à offrir des soins pharmaceutiques de qualité à la population de l'Abitibi-Témiscamingue.

Tableau 7 : Membres du comité régional sur les services pharmaceutiques au 31 mars 2013

Représentativité	Membres
Pharmaciens œuvrant dans une pharmacie communautaire	M. Michael Ahern, M[me] Maryse Quirion M[me] Émilie Chénard
Chefs de département clinique de pharmacie	M[me] Suzie Alain
Pharmaciens œuvrant dans un centre exploité par un établissement de santé	M. Patrick Grenier
Pharmaciens communautaire propriétaire	M[me] Marie-Claude Lacroix, M. Maxime Leduc-Séguin, M[me] Marie-Josée Girard, présidente
Agence	M. Jacques Boissonneault, président-directeur général

Commission infirmière régionale

La Commission infirmière régionale (CIR) est une tribune où le personnel en soins infirmiers et soins infirmiers auxiliaires partage sa vision en lien avec la dispensation des soins infirmiers. Les membres ont l'opportunité d'exercer pleinement leur leadership et sont des agents de changement dans leur milieu. Un de leurs rôles est d'émettre des avis et des recommandations au conseil d'administration de l'Agence.

Au cours de l'année, la CIR a déposé un avis sur les infirmières praticiennes spécialisées de première ligne. La formation initiale universitaire des infirmières est un dossier en chantier pour lequel la CIR a exprimé son appui à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

D'autres sujets d'intérêt ont fait l'objet de présentations à la CIR, notamment :

- le *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées;*
- le rôle de l'infirmière au Groupe de médecine de famille et à l'Unité de médecine familiale (GMF-UMF) des Aurores Boréales;
- le programme de formation visant la rétention des infirmières à l'unité des soins intensifs;
- la prévention des infections : la tenue vestimentaire chez les professionnels de la santé.

Tableau 8 : Membres de la Commission infirmière régionale au 31 mars 2013

Représentativité	Membres
Comités exécutifs du conseil des infirmières et infirmiers	M[me] Joanne Dinelle, CSSS de Rouyn-Noranda M[me] Jenny Rivard, CSSS de la Vallée-de-l'Or M[me] Michelle Paquin, CSSS des Aurores-Boréales Vacant
Infirmière reconnue pour son expertise de pointe	Vacant
Gestionnaires des soins infirmiers	M[me] Chantal Tremblay, CSSS de Rouyn-Noranda Vacant
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT)	M[me] Manon Lacroix, présidente
Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue	M[me] Claire Maisonneuve, vice-présidente
Comités des infirmières et infirmiers auxiliaires	M[me] Annic McGuire, CSSS de Rouyn-Noranda Vacant
Observatrice de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de l'Abitibi-Témiscamingue	M[me] Marie Kureluk
Observatrice	M[me] Sylvie Théberge, agente de planification en santé mentale, Agence
Agence	M[me] Lise Dubé, professionnelle désignée

Commission multidisciplinaire régionale

Au cours de l'exercice 2012-2013, la Commission multidisciplinaire régionale (CMUR) a tenu deux rencontres. Les membres ont poursuivi la réflexion débutée à la fin de l'exercice précédent sur le rôle et les mandats de la commission. Des travaux ont été entamés en ce sens et les membres ont relancé les conseils exécutifs multidisciplinaires locaux pour recueillir leur avis et leurs besoins.

Lors de ces rencontres, l'Agence a tenu les membres informés du suivi des dossiers qui leur avaient été présentés précédemment, dont celui sur la Stratégie régionale de la main-d'œuvre.

Par ailleurs, à la demande des membres, l'Agence a procédé à la mise en place d'un forum de partage de documents, visant à permettre à tous les membres de déposer et rendre disponibles différents documents produits par leurs organisations et pouvant bonifier la réflexion et le travail de la commission. Ce forum devrait être opérationnel au cours du printemps 2013.

Tableau 9 : Membres de la Commission multidisciplinaire régionale au 31 mars 2013

Représentativité	Membres
UQAT -Domaine social	M^me^ Lise Pelletier
UQAT-Domaine santé	Vacant
Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue	M^me^ Mireille Hubert, présidente
Réseau de la santé et des services sociaux :	
↳ domaine technique	M^me^ Sandra Charest CSSS du Témiscamingue
↳ domaine technique	M^me^ Annie Hallée CSSS de Rouyn-Noranda
↳ domaine social	M^me^ Annie Carrier CSSS Les Eskers de l'Abitibi
↳ domaine social	M. Donald Renault CSSS des Aurores-Boréales
↳ domaine de la santé	M^me^ Rosane Beaulé CSSS du Témiscamingue
↳ domaine de la santé	M^me^ Martine St-Louis CSSS de Rouyn-Noranda
↳ domaine de la santé	M^me^ Marie-Claude Gagné CSSS de la Vallée-de-l'Or
↳ domaine de la santé	M^me^ Hélène Michaud CSSS de la Vallée-de-l'Or
↳ domaine de la réadaptation	Vacant
Agence	M^me^ Sylvie Routhier

Département régional de médecine générale

Au sein de chaque agence, un département régional de médecine générale (DRMG) composé de tous les médecins omnipraticiens de la région (y compris ceux qui pratiquent en cabinet privé) doit être constitué.

D'avril 2012 à mars 2013, le comité de direction du DRMG a tenu six rencontres régulières. Voici un aperçu des principaux sujets traités lors de ces rencontres :

- le Plan régional d'effectifs médicaux (PREM) 2012-2013 en médecine générale ainsi que l'identification des besoins et les objectifs de croissance signifiés par le MSSS;
- l'entente spécifique sur l'adhésion aux activités médicales particulières (AMP), dont l'inscription des omnipraticiens aux secteurs d'activités prioritaires déterminés par le DRMG;

- l'accessibilité à un médecin de famille et le développement des GMF.

De plus, le DRMG participe et contribue aux travaux suivants :

- le guichet d'accès pour la clientèle sans omnipraticien;
- le suivi relatif à l'implantation du DSQ et du dossier médical électronique (DMÉ);
- l'organisation territoriale des services médicaux généraux.

Finalement, le comité de direction du DRMG assure la diffusion de l'outil d'information INFO-DRMG à tous les médecins omnipraticiens de la région.

Tableau 10 : Membres du Département régional de médecine générale au 31 mars 2013

Représentativité	Membres
CSSS de Rouyn-Noranda	D^re Julie Richer
Médecins travaillant en GMF	D^r Jean-Yves Boutet, chef du département
Cabinets privés	D^re Tuong-Vi Pham
CSSS des Aurores-Boréales	D^re Christiane Faille
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	D^r Frédéric Turgeon
CSSS du Témiscamingue (Pavillon Sainte-Famille)	D^r Claude Legault
CSSS de la Vallée-de-l'Or	D^re Véronique Goudreau
CSSS du Témiscamingue (Pavillon Témiscaming-Kipawa)	D^r Vydas-Léo Gurekas
Directeurs des services professionnels des CSSS	D^re Annie Léger
Agence	M. Jacques Boissonneault, président-directeur général

Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée

Au cours de l'exercice, le comité de direction de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée (Table des chefs) a tenu trois rencontres régulières.

La planification quinquennale du MSSS pour les plans régionaux d'effectifs médicaux est en constante évolution. L'objectif est d'assurer la répartition équitable des effectifs médicaux en spécialités en attribuant, par réseau universitaire intégré de santé (RUIS) et à chaque région, une part des nouveaux médecins selon une approche populationnelle.

De plus, le chantier sur la révision des services médicaux spécialisés, les fonctions hospitalières, s'est poursuivi afin d'élaborer des protocoles d'entente. Ces derniers sont destinés à engager les médecins spécialistes, selon une entente entre les parties signataires, pour offrir une desserte régionale en respectant les règles établies par la Table des chefs, les établissements et l'Agence.

Tableau 11 : Membres de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée au 31 mars 2013

Représentativité	Membres
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	D^re Édith Beauregard, domaine clinique de la chirurgie D^r Jean-Mathieu Racicot, domaine clinique de l'anesthésiologie D^re Liette Boyer, domaine clinique de la médecine de laboratoire
CSSS de Rouyn-Noranda	D^r Hugo Delorme, domaine clinique de la médecine, président D^r Christian Dubé, domaine psychiatrique
CSSS de la Vallée-de-l'Or	D^re Suzanne Malaab, domaine clinique de la pédiatrie D^r Ghislain Lauzon, domaine clinique de la pneumologie D^re Manon Turbide, domaine clinique de l'obstétrique-gynécologie
CSSS des Aurores-Boréales	D^r Sofiane Ouertani, domaine clinique de l'obstétrique-gynécologie D^r Godefroy Alain Cardinal, domaine clinique de la pédiatrie
Agence	M. Jacques Boisssonneault, président-directeur général

Section 2

Activités de l'Agence

Activités de l'Agence

GRANDS DÉFIS DE L'ANNÉE

Itinérance

Depuis quelques années déjà, certains territoires de l'Abitibi-Témiscamingue sont affectés par une augmentation du nombre de personnes présentant différentes problématiques liées à l'itinérance et à la rupture sociale. Cette réalité crée une pression accrue sur le réseau de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, notamment l'urgence des CSSS des territoires concernés. Cette pression est, entre autres, exacerbée par le manque de ressources financières et humaines dans les ressources d'hébergement d'urgence. Ainsi, toutes les conditions nécessaires pour permettre aux personnes souhaitant réintégrer la société ne sont pas mises en place.

En effet, des travaux réalisés au cours des dernières années au Québec démontrent qu'il faut aller plus loin que le modèle historique de *gîte et couvert* (modèle qui prévaut encore dans tous les territoires) si l'on souhaite réintégrer les personnes dans la communauté. Pour agir sur ce phénomène, différentes actions et mesures ont été mises de l'avant en 2012-2013. Parmi celles-ci, mentionnons le recours à un accompagnateur pour le territoire de Val-d'Or ainsi que la tenue, en novembre 2012, d'une journée intersectorielle en itinérance réunissant plusieurs acteurs clés de ce secteur. Lors de cette journée, les participants se sont entendus à savoir que le phénomène auquel ils sont confrontés est en fait plus large que celui de l'itinérance au sens pur du terme et qu'il s'agit plutôt d'un phénomène de rupture sociale. Les participants ont également adhéré à la démarche qui leur a été proposée en vue de repenser et restructurer l'organisation des services pour les personnes en situation de rupture sociale.

Par la suite, une coordination intersectorielle locale en itinérance dans les territoires de la Vallée-de-l'Or et d'Abitibi-Ouest a été mise en branle, de même qu'une coordination intersectorielle régionale en itinérance, le tout soutenu par un accompagnement professionnel de l'Agence. Ces mesures sont mises en place en vue de déployer une approche qui correspondra davantage aux nouvelles pratiques reconnues en matière d'intervention en itinérance. Elles visent également à jeter les bases nécessaires à la mobilisation des partenaires pour des services intégrés, continus et de qualité pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de se retrouver dans cette situation et qui sont parmi les plus fragiles de notre société.

Alliance régionale pour la solidarité et l'inclusion sociale

Parmi les épidémies qui suscitent le plus d'inquiétudes en santé publique, on retrouve les inégalités sociales de santé qui sont à la source de bien des maux. Cette année, l'Agence a travaillé de concert avec la Conférence régionale des élus de l'Abitibi-Témiscamingue (CRÉ), mandataire régional du Plan d'action gouvernemental pour la solidarité et l'inclusion sociale (PAGSIS 2010-2015). La CRÉ a interpellé les organisations concernées, dont l'Agence, pour identifier les priorités territoriales et régionales en matière de développement social.

De cette démarche est née une structure de concertation régionale et territoriale en développement social nommée *l'Alliance régionale pour la solidarité et l'inclusion sociale*.

La Direction de santé publique a participé à toutes les étapes de création de l'Alliance, dont l'objectif ultime est d'améliorer la qualité de vie des citoyens qui vivent en situation de pauvreté.

Une tournée régionale a été organisée pour identifier les priorités territoriales et régionales de développement social et pour déterminer la structure de l'Alliance. Des comités intersectoriels oeuvrent à la réalisation de plans d'action pour chacune des priorités régionales qui ont été identifiées. La Direction de santé publique entend continuer de s'impliquer activement, avec la Direction de l'organisation des services, dans la réalisation de ces plans d'action régionaux.

Voici les cinq priorités régionales retenues :

- réussite éducative;
- pauvreté intergénérationnelle;
- petite enfance et famille;
- logement social;
- développement des communautés.

Amélioration de l'accès aux services

Un des principaux défis dans l'organisation des services de santé et des services sociaux à l'échelle de l'Abitibi-Témiscamingue consiste à améliorer l'accès, l'efficacité et l'intégration des services médicaux de première ligne. Les services de première ligne sont, en termes simples, les portes d'entrée auxquelles frappent les usagers : les GMF, la mission CLSC des CSSS, les salles d'urgence, etc. Lorsqu'une personne obtient les bons services au bon moment, elle en ressent bien sûr les effets bénéfiques, mais c'est l'ensemble du réseau et du continuum de services qui réalise des gains d'efficience.

Justement, dans l'optique d'améliorer l'efficacité des services de première ligne, la durée des séjours sur civière dans les salles d'urgence de la région est surveillée attentivement. Une politique régionale de gestion des urgences a été élaborée afin, notamment, de diminuer la durée des séjours sur civière et ainsi permettre aux usagers d'être référés ou de recevoir rapidement les soins appropriés à leur état.

L'Agence travaille aussi ardemment sur un autre élément qui aura assurément un impact sur l'accès aux services : l'optimisation de la concertation entre l'Agence et les établissements de santé et de services sociaux de la région ainsi qu'entre les établissements eux-mêmes. Il faut comprendre que l'organisation des services est différente d'un établissement à l'autre, les couloirs de services et de références ne sont pas uniformes, ce qui complique le continuum de services et le suivi des patients. En consolidant la concertation au sein du réseau régional de services, l'Agence est convaincue d'arriver à développer des services de santé et des services sociaux plus accessibles et mieux intégrés.

Parmi les autres projets en cours, mentionnons le développement de la gouverne régionale en cancer, la poursuite de la bonification de l'offre de service au sein des GMF ainsi que l'amélioration de l'accès aux consultations spécialisées, aux services diagnostics et aux chirurgies.

Informatisation clinique

Le réseau de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue a revu en profondeur sa gouvernance informatique régionale en 2012-2013, de manière à créer une instance regroupant tous les décideurs régionaux, soit le comité de gouverne régionale en ressources informationnelles (CGRRI). Son mandat principal est de prioriser les investissements en ressources informationnelles.

L'informatisation clinique a été au cœur des préoccupations tout au long de l'année, notamment avec l'introduction des DMÉ, l'évaluation des besoins pour le dossier clinique informatisé (DCI) et l'implantation du Registre québécois du cancer (RQC). Dans le cadre de la première année du plan de gestion en ressources informationnelles, des plans triennaux et annuels ont été produits par tous les établissements de la région.

Stratégie régionale de main-d'œuvre

Des ressources humaines qualifiées et en nombre suffisant. Voilà la pierre angulaire de l'accès aux services et du fonctionnement optimal du réseau de la santé et des services sociaux. Encore cette année, les défis reliés à la main-d'œuvre ont été nombreux.

Afin de limiter l'exode des jeunes et des travailleurs expérimentés, il faut développer et former ici, en Abitibi-Témiscamingue, la main-d'œuvre qualifiée. Pour ce faire, l'Agence travaille en étroite collaboration avec les établissements du réseau et avec ses vis-à-vis du monde de l'éducation. Ces partenariats doivent se poursuivre et s'intensifier de manière à répondre aux besoins des établissements du réseau et assurer les services pour l'ensemble de la population.

Aussi, afin de redonner ses lettres de noblesse au fait d'œuvrer dans le réseau de la santé et des services sociaux, l'Agence poursuit différentes actions comme l'implantation de la démarche *Entreprise en santé*, la création d'une identité visuelle régionale et différents projets en organisation du travail.

Par ailleurs, le MSSS a lancé à l'automne 2012 un nouveau *Programme de bourses d'études pour favoriser le recrutement et la rétention de certains professionnels de la santé en régions éloignées*. Pour la région, ce programme constitue un levier important pour le recrutement d'une future main-d'œuvre. Il a permis à sept établissements de parrainer des candidats qui sont inscrits dans les programmes de formation tels que : ergothérapie, inhalothérapie, nutrition, orthophonie, physiothérapie, psychologie et techniques de diététique. Au total, 20 bourses ont été octroyées pour l'année 2012-2013. Ce programme sera reconduit pour l'année 2013-2014.

AFFAIRES MÉDICALES

Clientèle orpheline

Commentaires

Le Plan d'organisation de l'accessibilité, des conditions de pratique et de l'organisation des services médicaux prévoit la création, par les CSSS, d'un guichet d'accès sur leur territoire de desserte respectif pour la clientèle sans omnipraticien.

La prise en charge de cette clientèle orpheline s'inscrit dans le cadre de la responsabilité populationnelle des CSSS en lien avec la responsabilité du DRMG en matière d'organisation des services médicaux de première ligne.

Chaque CSSS doit identifier, à l'intérieur de sa structure ou en collaboration avec ses partenaires du réseau, un mécanisme de réception et de traitement des demandes en lien avec une évaluation de la condition de santé des clients orphelins. Lorsque la situation le requiert, un processus d'orientation de la clientèle est prévu avec le médecin coordonnateur. Le processus de prise en charge est déterminé par le CSSS concerné. En conséquence, les CSSS ont identifié un coordonnateur du mécanisme ainsi que des critères de priorité. Ils ont aussi convenu, avec les médecins de leur territoire, des modalités de répartition de la clientèle.

Afin d'optimiser le processus d'inscription et de permettre à un plus grand nombre de personnes de s'inscrire au guichet d'accès, la région a élaboré un formulaire qui sera accessible à partir du site Internet de l'Agence et permettra à la population du territoire de s'inscrire via le Web. Ce formulaire sera fonctionnel au cours de l'année 2013-2014.

Groupe de médecine de famille

Commentaires

La population des cinq territoires de CSSS de la région bénéficie de sept GMF accrédités par le MSSS, soit :

- GMF Vallée-de-l'Or;
- GMF des Aurores Boréales;
- GMF du Centre de santé de Témiscaming;
- GMF Harricana (Amos);
- GMF Les Eskers d'Amos;
- GMF de Rouyn-Noranda;
- GMF TémiscaVie de Ville-Marie.

Une table régionale de concertation regroupant tous les GMF de la région tient des rencontres six fois par année. Les médecins des GMF travaillent en étroite collaboration avec les infirmières pratiquant en GMF pour une meilleure continuité des services.

Voici les constats après neuf ans de services par les GMF de l'Abitibi-Témiscamingue :

- 122 médecins exercent en GMF;
- 76 417 personnes sont inscrites;
- 30 226 personnes inscrites sont dites vulnérables, pour un ratio de 39,6 % en comparaison à 38,4 % dans l'ensemble du Québec.

Plans régionaux d'effectifs médicaux en médecine générale et en spécialités

Attente administrative

Objectif de résultats

Atteindre les PREM par le recrutement et le maintien des effectifs médicaux.

Indicateur	Résultat 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat 2012-2013
Nombre d'ajouts signifiés au PREM en médecine générale	10	10 médecins	9 médecins
Nombre de postes autorisés au PREM en médecine spécialisée	131	167 médecins	129 médecins[1]

Commentaires

Médecine générale : Le MSSS accordait à la région l'ajout de dix médecins omnipraticiens au PREM de 2013. Le DRMG a émis dix avis de conformité. Par contre, un poste a été transféré au PREM de 2012 selon les règles du cadre de gestion à la suite du désistement d'un médecin. Cette mesure permet de recruter un médecin supplémentaire au PREM de 2013. Les efforts de recrutement doivent se poursuivre afin de répondre adéquatement aux besoins de la population qui sont estimés à 211 équivalents temps complet (ETC) en médecine générale. Au 31 mars 2013, la région comptait 182 omnipraticiens. Le nombre est resté stable depuis le 31 mars 2012.

Médecine spécialisée : Les effectifs médicaux en médecine spécialisée totalisent 129 médecins au 31 mars 2013, comparativement à 131 au 31 mars 2012. Le PREM en spécialités compte 167 postes autorisés.

À la suite d'une analyse des besoins effectuée dans tous les établissements de la région, l'Agence a identifié les principales disciplines en pénurie pour chacun des CSSS. Les curriculum vitae de candidats en spécialités inscrits à Recrutement santé Québec, ayant reçu un avis favorable de la part du Collège des médecins du Québec, ont été acheminés aux CSSS afin qu'ils saisissent l'opportunité offerte d'améliorer l'accès aux services médicaux spécialisés. Pour contrer la pénurie d'effectifs au cours des prochaines années, l'Agence encourage les établissements à avoir recours à l'apport précieux que représentent les médecins diplômés à l'étranger.

Recrutement : L'Agence, les CSSS ainsi que des médecins de la région ont participé à plusieurs évènements de recrutement au cours de l'exercice 2012-2013, notamment la Journée Carrière 2012 ainsi que d'autres activités menées par l'équipe Soutien aux régions pour le recrutement des omnipraticiens et des spécialistes (SARROS) parmi les étudiants en médecine des différentes facultés universitaires québécoises.

Des démarches se poursuivent afin de faire cheminer les dossiers suivants :

- le déploiement de mesures incitatives significatives pouvant accroître l'intérêt des jeunes médecins à s'installer et pratiquer en Abitibi-Témiscamingue;
- la reconnaissance de l'Abitibi-Ouest à titre de secteur isolé par le MSSS;
- le respect rigoureux des PREM à travers l'ensemble de la province;
- le recrutement de médecins au CSSS du Témiscamingue, où les besoins sont particulièrement criants.

[1] Les trois spécialistes œuvrant en santé communautaire au sein de l'Agence sont comptés au Plan d'effectifs médicaux de Rouyn-Noranda.

Tableau 12 : Plan régional d'effectifs médicaux en médecine générale et en médecine spécialisée pour l'Abitibi-Témiscamingue

	PREM 2012-2013	*Situation au 31 mars 2013*	Besoin
MÉDECINE GÉNÉRALE			
Omnipraticiens (ETC)	211	182	29
MÉDECINE SPÉCIALISÉE			
Allergie et immunologie clinique	1	1	0
Anatomopathologie	6	4	2
Anesthésiologie	19	15	4
Biochimie médicale	1	0	1
Cardiologie	2	1	1
Chirurgie générale	13	10	3
Chirurgie orthopédique	6	6	0
Chirurgie plastique	2	1	1
Dermatologie	3	1	2
Endocrinologie	1	0	1
Gastro-entérologie	3	5	-2
Gériatrie	2	0	2
Hématologie et oncologie médicale	2	2	0
Médecine d'urgence	2	1	1
Médecine interne	16	10	6
Médecine nucléaire	1	1	0
Microbiologie médicale	1	0	1
Néphrologie	2	0	2
Neurologie	5	5	0
Obstétrique-gynécologie	13	13	0
Ophtalmologie	4	3	1
Oto-rhino-laryngologie	3	3	0
Pédiatrie	16	15	1
Physiatrie	1	0	1
Pneumologie	3	4	-1
Psychiatrie (adulte)	18	12	6
Psychiatrie (pédo)	3+2[4]	3	0
Radiologie diagnostique	9	6	3
Rhumatologie	2	0	2
Santé communautaire	4	4	0
Urologie	3	3	0
Total des spécialités	**167**	**129**	**38**

Tableau 13 : Effectifs médicaux en médecine générale et en médecine spécialisée

RLS	PREM Besoin en ETC omnipraticiens	Omnipraticiens au 31 mars 2013	PREM Besoin en ETC spécialités	Spécialistes et omnianesthésistes au 31 mars 2013
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	39	37	41	38
CSSS des Aurores-Boréales	34	29	18	9
CSSS de Rouyn-Noranda	49	53	55	39
CSSS de la Vallée-de-l'Or	57	43	51	42
CSSS du Témiscamingue				
Pavillon Sainte-Famille	19	12	2	1
Pavillon Témiscaming-Kipawa	9	4	0	0
Agence (santé communautaire)	4	4	0	0
TOTAL	211	182	167	129

[4] Deux postes d'opportunité de recrutement additionnelle (ORA).

Unité de médecine familiale

Commentaires

Les UMF représentent les lieux de formation pour les étudiants en médecine ainsi que pour les médecins résidents qui se destinent à la pratique de la médecine familiale. Les CSSS de la région ont mis beaucoup d'efforts afin d'offrir des places de formation dans leur milieu, car les UMF sont de formidables outils de recrutement qui contribuent à atteindre les objectifs de remplacement de la main-d'œuvre médicale.

Trois des quatre universités qui assurent la formation en médecine ont maintenant des UMF dans quatre territoires de CSSS (Rouyn-Noranda, Vallée-de-l'Or, Les Eskers de l'Abitibi et Aurores-Boréales).

Au cours de l'année, l'UMF de la Vallée-de-l'Or a amorcé la construction d'un nouveau bâtiment qui permettra d'accueillir le maximum de résidents, soit six résidents de première année (R1) et six résidents de deuxième année (R2), et de leur offrir un milieu d'enseignement optimal. De plus, ces nouveaux locaux donneront la possibilité aux nouveaux médecins d'effectuer leur pratique à l'intérieur même de l'UMF. Cette nouvelle UMF devrait voir le jour en juillet 2014.

ACTIVITÉS RÉGIONALES EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

Qualité des services

Agrément des établissements

Comme le prévoit la LSSSS, tous les établissements publics ou privés ont l'obligation de solliciter un agrément et de franchir toutes les étapes de la démarche. Par la suite, ils doivent le renouveler tous les quatre ans.

Pour l'année financière en cours, deux établissements de la région ont reçu la visite de l'agrément sur les soins et services qu'ils offrent à la population. Les visites d'évaluation ont été réalisées conjointement par Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément aux CSSS du Témiscamingue et Les Eskers de l'Abitibi.

Les rapports issus des deux visites d'agrément font mention de l'engagement des établissements à offrir des soins de santé sécuritaires et de grande qualité ainsi que des mesures de suivi à prendre par les établissements pour répondre à des critères spécifiques.

Rappelons que la démarche d'agrément est un processus complexe qui exige un engagement résolu de la part de la direction et du personnel des établissements. L'Agence est particulièrement fière de la rigueur démontrée par ceux-ci.

Comités des usagers

Les comités des usagers sont mandatés pour faire la promotion des droits des usagers et de la qualité des services au sein des établissements. L'Agence coordonne les actions régionales des comités afin que les moyens de promotion soient variés et adaptés à toutes les personnes intéressées à mieux comprendre les droits des usagers en santé et services sociaux.

Les comités sont présents au sein de leur établissement et leur mandat est de mieux en mieux reconnu. Pour la plupart des activités de promotion, les comités comptent sur la collaboration des commissaires aux plaintes et à la qualité des services et sur le soutien d'une personne-ressource de l'établissement. Les membres des comités des usagers et des comités de résidents ont mis en commun des stratégies pour recruter de nouveaux membres et pour continuer à faire connaître leur mandat auprès de la communauté. Les membres de ces deux comités, les gestionnaires, les personnes-ressources et les commissaires aux plaintes coordonnent leurs actions afin de toujours mieux informer les usagers de leurs droits et des ressources mises à leur disposition.

L'Agence encourage et favorise la concertation entre les présidents et les personnes-ressources des comités de la région. Pour ce faire, des rencontres régionales ont eu lieu en 2012-2013, pour la mise en œuvre des projets de promotion et la planification des activités de la Semaine régionale de promotion des droits des usagers. L'une des activités marquantes fut la présentation de dix-huit sketches de sensibilisation auprès d'intervenants, gestionnaires et résidents des résidences privées pour aînés, par des comédiens de la troupe les Productions du Raccourci d'Amos. Concernant l'aspect médiatique, l'Agence diffuse des capsules d'information aux stations de radio et présente un reportage dans les journaux de la région avec des porte-parole impliqués dans la promotion des droits.

Dans le but de rencontrer des usagers qui reçoivent des soins de santé et des services sociaux, la plupart des comités ont tenu des kiosques d'information dans les entrées des établissements lors de la semaine de promotion, ce qui a permis de remettre du matériel de promotion aux usagers.

Les comités de la région accomplissent leur mandat dans leur milieu tout en informant la population, sur une base continue, des ressources qui assurent le respect des droits des usagers.

Communautés autochtones

Le dossier autochtone est un dossier transversal qui englobe toutes les problématiques et qui, de ce fait, touche l'ensemble des programmes de santé et de services sociaux. En 2012-2013, l'Agence s'est donc engagée dans une démarche régionale visant à développer une connaissance et une compréhension communes des différentes réalités autochtones qui existent en Abitibi-Témiscamingue ainsi que dans les régions limitrophes. Ultimement, cette démarche permettra d'assurer un accès équitable à des services de qualité aux membres des Premières Nations de la région, qu'ils vivent au sein d'une communauté ou en milieu urbain, et d'adapter les interventions du réseau

en milieu autochtone. De plus, l'objectif est d'améliorer et de clarifier les corridors pour desservir la clientèle venant des régions limitrophes. Dans cette perspective, 17 gestionnaires et professionnels de l'Agence ont participé à une journée de sensibilisation aux réalités autochtones *Piwaseha*.

L'Agence a poursuivi sa collaboration avec la Commission de santé et de services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL), Santé Canada, Affaires autochtones et développement du Nord Canada (AADNC), par des rencontres et des échanges réguliers sur des dossiers en cours.

L'Agence est en contact régulier avec la CSSSPNQL pour différents dossiers, dont le transport médical des membres des Premières Nations, les services reçus en Ontario par certains Algonquins du Témiscamingue ainsi que le mieux-être mental avec les communautés de Lac-Simon et Kitcisakik.

L'Agence s'est impliquée dans la mise en place du volet autochtone, l'une des priorités de l'équipe d'action pour l'urgence (EAU) du CSSS de la Vallée-de-l'Or, en l'appuyant pour planifier des entretiens avec les partenaires des Premières Nations concernés : centre de santé de Kitcisakik, centre de santé de Lac-Simon, Service aux Patients Cris, Équipe Mieux-être mental, Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or.

LES COMMUNAUTÉS

L'Agence a poursuivi ses échanges avec les centres de santé des communautés autochtones, les accompagnant dans leurs projets et répondant à des besoins ponctuels. Elle a participé à différentes rencontres de travail pour développer la collaboration entre les centres de santé des communautés et les établissements du réseau. Les intervenants et le personnel infirmier en place dans les communautés sont invités aux formations, colloques et autres évènements organisés par l'Agence. Les communiqués de presse produits par l'Agence sont systématiquement transmis aux directeurs des centres de santé, en tenant compte de la spécificité anglophone des communautés de l'ouest.

Lac-Simon

Au cours de l'année 2012-2013, l'Agence a poursuivi ses échanges avec la communauté de Lac-Simon pour consolider les liens avec le conseil de bande et le centre de santé.

L'Agence a également participé à une rencontre de la Table de crise, mise en place à la suite de la vague de suicides qui avait frappé la communauté il y a quelques années, et à des rencontres avec le CSSS de la Vallée-de-l'Or, le CJAT, le Centre Normand et des représentants de Lac-Simon sur le projet pilote de clinique mobile Mieux-être en santé mentale, initié par la CSSSPNQL. De leur côté, des membres de la communauté assistent à différentes rencontres de concertation locale ou régionale organisées par l'Agence.

Par ailleurs, la Direction de santé publique de l'Agence a travaillé en étroite collaboration avec le centre de santé de cette communauté à différents dossiers, dont la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et les problématiques ponctuelles de salubrité.

Kitcisakik

Dans le cadre de la recherche clinique sur l'expérience de vie des femmes et des hommes de Kitcisakik, l'Agence a poursuivi ses échanges et ses rencontres avec le conseil de bande et la directrice du centre de santé de la communauté. Elle a pris une part active à la préparation, à l'organisation et au déroulement du colloque tenu à Val-d'Or, du 11 au 13 juin 2012, à l'occasion duquel elle présentait les résultats des deux études sur la santé et l'expérience de vie des femmes et des hommes de Kitcisakik aux membres de cette communauté.

Comme pour la communauté de Lac-Simon, la Direction de santé publique de l'Agence a travaillé en étroite collaboration avec le centre de santé de cette communauté à différents dossiers, dont celui de la prévention des ITSS et celui des problématiques ponctuelles de salubrité.

De plus, des membres de Kitcisakik assistent à différentes rencontres de concertation locale ou régionale organisées par l'Agence.

Abitibiwinni (Pikogan)

À la suite d'une demande de soutien du directeur de santé de la communauté pour répondre aux besoins d'évaluation psychosociale d'une dizaine de membres de sa communauté, l'Agence a coordonné deux rencontres à Pikogan, auxquelles ont été associés AADNC, le CJAT et le CSSS Les Eskers de l'Abitibi. De plus, des échanges réguliers sur ce dossier ont eu lieu entre l'Agence, le CJAT et AADNC afin de trouver des pistes de solutions adaptées et durables.

Dans le cadre du dossier Maltraitance envers les personnes aînées, porté par l'Agence, plusieurs rencontres et échanges ont eu lieu avec le directeur du centre de santé de la communauté de Pikogan, en partenariat avec la CSSSPNQL.

L'Agence reste en contact régulier avec ce centre de santé pour répondre à des besoins ou des questions ponctuels.

Long Point First Nation (Winneway)
Au cours de la dernière année, l'Agence a renforcé ses liens de collaboration avec le poste de soins de cette communauté à l'occasion de plusieurs rencontres, dont certaines en partenariat avec Santé Canada et le CSSS du Témiscamingue. Ces échanges ont permis d'aboutir à la signature de plusieurs ordonnances collectives entre le centre de santé de la communauté et les médecins du territoire du Témiscamingue. Par ailleurs, l'Agence a participé à une table de crise mise en place à la suite d'un évènement tragique dans la communauté. La collaboration se poursuit entre l'Agence et la communauté afin de mieux répondre aux besoins de services de santé et de services sociaux de ses membres.

Timiskaming First Nation
La collaboration entre le centre de santé de cette communauté et l'Agence s'est poursuivie au cours de la dernière année. Différentes rencontres ont eu lieu, tant à l'Agence que dans la communauté. À la suite d'un changement de direction du centre de santé survenu en cours d'année, l'Agence a réaffirmé son soutien à la nouvelle directrice et, à son invitation, a tenu un kiosque lors de la fête de la santé organisée dans la communauté.

Eagle Village First Nation (Kipawa)
La collaboration entre l'Agence et le centre de santé de cette communauté demeure excellente et l'Agence a agi à plusieurs reprises comme facilitateur pour répondre à des besoins ponctuels de services exprimés par l'équipe de ce centre de santé. À l'invitation du directeur de santé, l'Agence a participé à la Fête de la santé de la communauté et y a tenu un kiosque.

SERVICES SOCIAUX DE PREMIÈRE LIGNE

L'Agence a participé aux deux rencontres organisées par le CJAT avec les directions des six centres de santé des communautés autochtones concernant la mise en place des services d'aide à l'enfance et à la famille des Premières Nations. Des contacts réguliers sont également maintenus avec la CSSSPNQL concernant ce dossier.

FONDS D'INTÉGRATION POUR LA SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (FISSS)

L'Agence a appuyé les projets élaborés par le Centre de santé de Timiskaming First Nation pour les soins continus aux aînés et par le conseil tribal Algonquin Nation Programs and Services Secretariat (ANPSS) pour la deuxième phase du projet Piwaseha. Ce projet, qui vise à sensibiliser les professionnels du réseau à la culture et aux réalités autochtones, est élaboré en partenariat avec l'UQAT. L'Agence participe aux rencontres du comité organisateur.

AUTOCHTONES EN MILIEU URBAIN

Consciente des problématiques vécues par la population autochtone vivant en milieu urbain, l'Agence a poursuivi sa collaboration avec le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or et a eu des échanges sur les moyens à mettre en place pour améliorer l'accès aux services de santé et aux services sociaux de cette population.

↳ *Conditions de vie des femmes*

L'Agence, à titre de partenaire de l'Entente en matière d'égalité entre les femmes et les hommes 2011-2015, a contribué aux travaux de conception du projet Roxane. Cette installation, destinée à promouvoir les relations égalitaires, sera déployée en région à partir de 2013 auprès des jeunes du secondaire. Dans le cadre de cette entente, l'Agence s'implique également dans une démarche d'offre de formation sur la gestion des organisations dédiées à la clientèle féminine.

↳ *Maltraitance envers les personnes aînées*

À la suite d'une consultation tenue auprès d'une cinquantaine de personnes, le diagnostic et le plan d'action régional pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées de l'Abitibi-Témiscamingue ont été présentés aux partenaires, le 8 novembre 2012, pour valider les actions prioritaires à réaliser d'ici 2015.

Au cours de l'année, l'Agence a organisé une formation sur l'échange de renseignements confidentiels lorsque la sécurité d'une personne est menacée, donnée par une avocate du ministère de la Justice du Québec. Cela a permis à près de 175 intervenants des CSSS et autres partenaires de bénéficier d'informations cruciales pour pouvoir intervenir dans le respect de la personne aînée.

De plus, les démarches effectuées par la coordonnatrice régionale en maltraitance ont fait en sorte que dix-sept intervenants des communautés autochtones de la MRC du Témiscamingue ont pu participer à une formation sur le dépistage et l'intervention en maltraitance envers les personnes aînées. M^me^ Edith Picard-Marcoux, coordonnatrice provinciale des Premières Nations, s'est dite enchantée de cette initiative régionale, laquelle constitue une première au Québec.

Il importe de mentionner le rôle des répondants dans chaque CSSS puisque ceux-ci permettent de veiller à la continuité des services et de développer des liens avec des partenaires de leur territoire. Ainsi, depuis juin 2012, les répondants se réunissent afin d'échanger et d'améliorer leurs pratiques.

Enfin, étant donné l'importance de travailler en partenariat, la coordonnatrice régionale du dossier Maltraitance envers les personnes aînées assiste à des rencontres de la Table de concertation régionale pour personnes aînées de l'Abitibi-Témiscamingue et de l'APPUI pour les proches aidants de l'Abitibi-Témiscamingue.

En ce qui concerne la prochaine année financière, les principaux défis seront la formation continue des intervenants en CSSS, l'élaboration ou la révision des plans d'action dans les territoires ainsi que le maintien ou le développement des liens avec les partenaires et les CSSS.

Plaintes à l'Agence et dans les établissements

Les personnes insatisfaites des services reçus ou mécontentes de ne pas avoir reçu un service de l'Agence, d'un organisme communautaire, d'une ressource d'hébergement en toxicomanie ou en jeu pathologique, d'une résidence privée pour aînés et des services préhospitaliers d'urgence peuvent porter plainte auprès du commissaire régional. Ce dernier donne également suite aux demandes d'information sur les droits des usagers et assiste les personnes qui le contactent pour obtenir des services ou pour formuler une plainte auprès des instances concernées du réseau. Le commissaire régional applique la procédure d'examen des plaintes adoptée par le conseil d'administration de l'Agence et fait la promotion des droits des usagers. Afin d'améliorer les services, il formule des recommandations et fait connaître les ressources pouvant venir en aide aux personnes. Le commissaire régional intervient de sa propre initiative lorsque des faits sont portés à sa connaissance et qu'il a des motifs raisonnables de croire que les droits d'un usager ou d'un groupe de personnes ne sont pas respectés.

Le commissaire régional est responsable du respect des droits des personnes envers le conseil d'administration de l'Agence et ses fonctions lui permettent d'intervenir sans contraintes lorsqu'il croit qu'une situation porte atteinte aux droits des usagers et à la qualité des services. Les personnes peuvent adresser leur plainte par écrit ou verbalement. Les plaintes peuvent conduire à des recommandations et des mesures correctives pour améliorer ou ajuster un service. Enfin, le commissaire régional fait rapport de ses activités, en cours d'année, au comité de vigilance et de la qualité ainsi qu'au conseil d'administration de l'Agence.

Tableau 14 : Bilan des plaintes, interventions, demandes d'assistance, de consultation et d'information

	2012-2013
Plaintes reçues	23
Demandes d'assistances, d'informations et de consultations	173
Interventions	8
Total	204

Le commissaire régional a reçu 23 plaintes au cours de l'année et, au 31 mars 2013, 3 plaintes étaient en cours d'examen. Il a donné suite à 173 demandes d'assistance, d'information et de consultation. Il est intervenu de sa propre initiative dans 8 situations afin de s'assurer du respect des droits des résidents de 6 résidences privées pour aînés et pour 2 situations mettant en cause les activités de l'Agence. Le nombre de plaintes a connu une augmentation en 2012-2013, soit 23 comparativement à 17 en 2011-2012. Le nombre d'interventions a diminué avec 8 dossiers en 2012-2013, comparativement à 16 en 2011-2012.

Tableau 15 : Plaintes examinées par les commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services

Mission d'établissement	Plainte en voie de traitement au 1er avril 2012	Plainte reçue durant l'exercice	Total	Plainte conclue durant l'exercice	Plainte en voie de traitement au 31 mars 2013	Transmise au 2e palier
CH	3	134	137	121	16	1
CLSC	3	35	38	36	2	2
CHSLD	5	24	29	25	4	0
CRDI	0	4	4	4	0	0
CRDP	0	5	5	5	0	0
CRJDA	0	47	47	45	2	0
CPEJ	5	37	42	37	5	0
CR dépendances	0	0	0	0	0	0
Total	16	286	302	273	29	3

Les usagers peuvent aussi porter plainte grâce à la procédure adoptée par les conseils d'administration des établissements. Cette procédure précise, tout comme pour le commissaire régional, que les usagers ont accès à un commissaire local aux plaintes et à la qualité des services qui a pour fonction d'examiner les plaintes sur les services de l'établissement. Les commissaires s'assurent du respect du code d'éthique de l'établissement et en font la promotion. Ils examinent les motifs d'insatisfaction des usagers et la façon dont les services sont offerts. L'analyse des faits permet de formuler des conclusions et, s'il y a lieu, des recommandations pour des mesures correctives. Ces recommandations visent toujours à améliorer les services et à rétablir les situations portant atteinte aux droits de l'usager. Les recommandations ont aussi une influence sur la qualité des services attendus et la satisfaction des usagers. Au même titre que le commissaire régional, la LSSSS reconnaît aux commissaires des établissements le pouvoir d'intervenir de leur propre initiative pour assurer le respect des droits des usagers et prendre les mesures nécessaires pour que les services répondent aux standards de qualité et de sécurité de l'établissement. Le tableau 15 présente le bilan des plaintes reçues, examinées et conclues par les commissaires locaux tandis que le tableau 16 expose le bilan des plaintes adressées aux médecins examinateurs des CSSS.

En 2012-2013, les commissaires des établissements ont reçu 286 plaintes. Au 1er avril 2012, 16 plaintes étaient en voie de traitement, ce qui porte le nombre total de plaintes à 302. Parmi celles-ci, 273 ont été conclues. Au 31 mars 2013, 29 plaintes étaient en cours d'examen et 3 avaient été transmises au deuxième palier.

Les médecins examinateurs de la région ont reçu 54 plaintes en 2012-2013. Au 1er avril 2012, 23 plaintes étaient en cours d'examen pour un total de 77 en 2012-2013. On compte 50 plaintes conclues en cours d'année et, au 31 mars 2013, 27 plaintes étaient en cours d'examen.

En conclusion, le total des plaintes reçues à la fois par les commissaires et les médecins examinateurs des établissements atteint 340 pour 2012-2013 comparativement à 353 en 2011-2012.

Tableau 16 : Plaintes traitées par les médecins examinateurs dans les CSSS

Mission d'établissement	Plainte en voie de traitement au 1er avril 2012	Plainte reçue durant l'exercice	Total	Plainte conclue durant l'exercice	Plainte en voie de traitement au 31 mars 2013	Transmise au 2e palier
CH	23	52	75	48	27	4
CLSC	0	1	1	1	0	0
CHSLD	0	1	1	1	0	1
Total	23	54	77	50	27	5

Prestation sécuritaire des soins et services

Depuis le 1er avril 2009, les incidents et accidents qui surviennent lors de la prestation d'un soin de santé sont déclarés par les établissements. Ces données sont saisies par l'entremise d'un formulaire (AH-223) et analysées par le gestionnaire de risque local afin de mettre en place des mesures permettant, lorsque cela est possible, que l'événement ne se reproduise plus. Le MSSS a produit ses deuxième et troisième rapports semestriels au plan national. Les résultats du troisième rapport indiquent qu'en Abitibi-Témiscamingue, les événements les plus déclarés sont les erreurs liées à la médication (37 %) ainsi que les chutes (29,4 %). Comme par les années passées, les établissements mettent les efforts nécessaires afin de favoriser ces divulgations dans le but évident d'en éviter la récurrence.

Recommandations du coroner

À la suite des conclusions et recommandations du coroner, l'Agence assure une coordination des activités auprès des établissements. Cette année, les conclusions de deux rapports ont fait l'objet d'un suivi par l'Agence auprès des directions générales, des responsables de la qualité et des responsables des unités de soins des établissements concernés par les recommandations. Dans le premier cas (*DOSSIER SMART*), les vérifications faites par l'Agence ont permis de s'assurer qu'aucun établissement de la région n'était visé puisque l'objet de la recommandation du coroner n'était utilisé par aucun. Quant aux recommandations issues du deuxième rapport *(CONTENTIONS)*, les établissements visés ont mis en place des actions concrètes, notamment des séances de formation au personnel. Les procédures respectent les recommandations ministérielles.

Visite d'évaluation en CHSLD

En février 2013, un nouveau cycle de visites d'évaluation de la qualité en CHSLD a débuté. Une première visite s'est déroulée au centre d'hébergement de Rouyn-Noranda. L'équipe d'évaluation était composée d'un représentant du MSSS et du responsable de l'Agence.

La visite des lieux, des rencontres informelles avec des résidents, des membres du comité des usagers et des intervenants ainsi que des observations sur l'organisation du travail ont été effectuées de manière à permettre à l'équipe de prendre le pouls de l'environnement humain et physique.

Des recommandations seront émises dans le rapport de visite. Par la suite, l'établissement visité devra présenter un plan d'action visant à mettre en œuvre les recommandations émises. L'Agence assurera un suivi rigoureux au plan soumis par l'établissement.

Le cycle des visites d'évaluation s'étalera sur deux ans et couvrira toutes les installations de CHSLD en Abitibi-Témiscamingue.

Violence faite aux femmes

La coordination et le soutien de la Table régionale de concertation en matière de violence faite aux femmes se sont poursuivis en 2012-2013. Les membres de la Table se sont réunis à quatre reprises au cours de l'exercice et une journée régionale s'est déroulée à l'automne. Une formation portant sur la levée de la confidentialité lorsque la sécurité d'une personne est menacée a aussi eu lieu. Plus de 60 personnes ayant à intervenir en matière de violence faite aux femmes ont pu bénéficier de cette formation.

L'Agence a par ailleurs financé des projets visant la prévention de la violence faite aux femmes pour une somme totale de 73 000 $, destinée autant aux organismes communautaires qu'aux établissements du réseau. Une partie de cette somme a permis de bonifier le cours d'autodéfense réservé aux femmes, lequel a été conçu en région.

Services préhospitaliers d'urgence

L'objectif de l'Agence est d'assurer aux personnes faisant appel à des services préhospitaliers d'urgence une réponse appropriée, efficiente et de qualité, dans le but de réduire la mortalité et la morbidité à l'égard des personnes en détresse, et ce, en vertu de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence. En conformité avec les orientations, les priorités et les objectifs ministériels, l'Agence coordonne les services préhospitaliers d'urgence sur son territoire. La chaîne d'intervention préhospitalière est composée des maillons suivants : les premiers intervenants, les centres 9-1-1, les centres de communication santé, les services de premiers répondants, les services ambulanciers ainsi que les établissements receveurs.

Centre de communication santé de l'Abitibi-Témiscamingue (CCSAT)

En activité depuis 2007, le CCSAT a pour fonction de recevoir les appels du centre 9-1-1 (appels provenant d'une personne ou d'un établissement qui demandent l'intervention des services préhospitaliers d'urgence), de traiter les appels selon les niveaux de priorité, conformément aux protocoles approuvés par le Ministre, d'affecter et de répartir les ressources préhospitalières disponibles de façon appropriée, efficace et efficiente. Tous les appels doivent être reçus et traités par le CCSAT. Toutes les informations relatives à un appel sont consignées dans une carte d'appel. Le

nombre d'appels traités par le CCSAT est passé de 17 426 en 2011 à 18 946 en 2012, soit une hausse de 1520 appels.

C'est le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence qui assume l'encadrement médical du CCSAT. Celui-ci exerce également l'autorité clinique pour le respect des normes de qualité. Il contrôle et apprécie la qualité des actes posés par le personnel d'intervention des services préhospitaliers d'urgence et s'assure de la formation continue, du maintien et de l'évaluation des compétences du personnel d'intervention des services préhospitaliers d'urgence.

Le programme d'amélioration continue de la qualité vise la révision et l'analyse des interventions cliniques effectuées par les techniciens ambulanciers et les premiers répondants, conformément au Plan qualité provincial. Les interventions révisées couvrent les champs d'intervention suivants : traumatismes majeurs, réanimation cardiorespiratoire, médicolégal, difficultés respiratoires, interventions avec administration de médicaments ainsi que les interventions au cours desquelles un usager à risque refuse les soins ou le transport vers l'établissement. Une fois la révision complétée, si des écarts sont constatés dans l'application des protocoles d'intervention clinique, un soutien est accordé aux techniciens ambulanciers concernés. Celui-ci se traduit par des rencontres de rétroaction et, si nécessaire, des formations et de l'encadrement clinique afin d'assurer à la population l'accessibilité à des soins sécuritaires et de qualité.

Premiers répondants

En 2012, en Abitibi-Témiscamingue, une municipalité a mis sur pied un service de premiers répondants accrédités et qualifiés pour répondre à des urgences vitales. Cela porte à huit le nombre de municipalités dotées d'un service de premiers répondants dans la région. Les services de premiers répondants ne possèdent pas tous le même niveau d'accréditation. Différents niveaux de services sont reconnus. À chacun correspond une formation spécifique permettant aux intervenants d'agir pour des situations cliniques particulières. Les municipalités intéressées à développer un service de premiers répondants peuvent demander le soutien de l'Agence.

C'est le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence qui est responsable de l'accréditation ainsi que du programme de formation, de maintien des compétences et de l'assurance qualité des interventions qui sont posées par les services de premiers répondants.

Les services de premiers répondants sont affectés par le CCSAT pour les appels d'urgence qui requièrent des premiers soins de stabilisation, conformément aux protocoles d'intervention clinique élaborés par le Ministre. Les premiers répondants appliquent les protocoles pour prévenir la détérioration de l'état de la personne en détresse. Ils transfèrent la responsabilité des interventions aux techniciens ambulanciers dès leur arrivée.

Cette année, les entreprises ambulancières de la région ont effectué 13 804 transports, comparativement à 13 133 pour l'année précédente, ce qui représente une augmentation de 671 transports.

Près de 78 % des transports sont effectués à la suite d'appels de la population comparativement à 22 % qui proviennent des établissements du réseau. Cette proportion est à peu près stable d'une année à l'autre.

Tableau 17 - Nombre de transports ambulanciers selon les territoires

Zone		2011	2012
801	Ambulances Témiscaming	372	409
802	Ambulances Abitémis (Ville-Marie)	835	892
803	Ambulances Abitémis (Rouyn-Noranda)	3 386	3 565
804	Ambulances Abitémis (La Sarre)	1 677	1 631
805	Ambulances Abitémis (Amos)	1 594	1 645
806	Ambulances Val-d'Or	3 489	3 553
807	Ambulance Senneterre	347	465
810	Ambulances Abitémis (Malartic)	452	512
811	Ambulances Abitémis (Notre-Dame-du-Nord)	293	304
812	Ambulance Boulay (Parc de La Vérendrye)	81	89
813	Ambulances Abitémis (Cadillac)	189	257
814	Ambulances Abitémis (Barraute)	214	305
820	Ambulance Bella-Meau (Belleterre)	204	177
Répartition des transports en fonction de la provenance			
Transports effectués à la suite d'appels de la population		10 099	10 709
Transports effectués à la suite d'appels du réseau		3 034	3 095
Total		**13 133**	**13 804**

Les activités présentées jusqu'ici dans la section 2, l'ont été sous forme de textes, certains accompagnés de tableaux. Vous remarquerez un changement dans les pages qui suivent, où apparaissent les activités en lien avec les *Programmes de services* et les *Programmes de soutien*. Pour chaque thème, un objectif est identifié. Un ou plusieurs indicateurs sont ensuite définis et une cible est fixée. Les résultats obtenus au cours de l'exercice 2012-2013 sont exposés et appuyés par des commentaires. Le suivi de ces indicateurs et les données qui y sont rattachées sont précieux. Ils guident l'Agence dans les interventions à mener et les actions à entreprendre en vue d'améliorer de façon continue les services offerts au sein du réseau régional.

PROGRAMMES DE SERVICES

Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement

Services spécialisés – Troubles envahissants du développement

Attente administrative

Objectif de résultats: Améliorer l'accès à des services d'intervention comportementale intensive (ICI) pour les enfants de moins de 6 ans ayant un diagnostic de troubles envahissants du développement (TED) en augmentant le nombre d'enfants desservis.

Indicateur	Résultat 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat 2012-2013
Nombre d'enfants de moins de 6 ans recevant un service ICI	23	14	28

Commentaires: Au cours de l'année 2012-2013, 28 enfants ont bénéficié de l'approche ICI en Abitibi-Témiscamingue. La cible fixée par le MSSS est dépassée. Cinq de plus que l'an dernier ont reçu ces services. La sensibilisation des intervenants et le dépistage précoce auprès des enfants de 3 ans ½ permettent l'identification des retards globaux de développement. Les CSSS assurent une vigie particulière concernant deux groupes d'âge critique (18 mois et 3 ans) pour déceler des retards de développement.

Attente administrative

Objectif de résultats: Améliorer l'accès à des services spécialisés d'adaptation et d'intégration sociale pour les personnes ayant un TED en augmentant le nombre de personnes de 6 ans et plus desservies.

Indicateur	Résultat 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat 2012-2013
Nombre de personnes de 6 ans ou plus recevant un service spécialisé (TED)	122	97	113

Commentaires: L'objectif fixé par le MSSS est dépassé avec 16 personnes de plus que la cible.

Les diagnostics de TED, particulièrement de type Asperger et de TED non spécifié, sont plus répandus, mais leur nombre demeure stable d'année en année.

↳ *Soutien à domicile – Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement*

Attente administrative

Objectif de résultats

Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinée aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience intellectuelle (DI) ou un TED, en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes et en augmentant l'intensité des services.

Indicateur	Résultat 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat 2012-2013
Nombre de personnes ayant une DI ou un TED recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	464	330	514
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile de la part des CSSS (mission CLSC) par usager DI et TED	8,18	7	7,48

Commentaires

En 2012-2013, cinquante usagers de plus qu'en 2011-2012 ont été desservis dans la région. Cela représente une augmentation de 11 %. Cette hausse s'explique en partie par les travaux en lien avec l'optimisation du soutien à domicile qui ont permis de mieux cibler les besoins en DI et en TED.

Malgré une diminution par rapport au résultat obtenu en 2011-2012, le nombre moyen d'interventions par usager demeure au-dessus de la cible provinciale.

Attente administrative

Objectif de résultats

Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une DI ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Indicateur	Résultat 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat 2012-2013
Nombre d'usagers ayant une DI ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	221	220	207

Commentaires

La cible régionale n'est pas atteinte cette année. La région a connu une baisse de 14 usagers ayant une DI ou un TED dont la famille a reçu des services de soutien par des allocations directes. De plus, les parents de deux territoires n'ont pas demandé de service de répit pour leur enfant.

Déficience physique

Plan d'action à l'égard des personnes handicapées

Commentaires

Le Bilan 2009-2012 et le troisième Plan d'action à l'égard des personnes handicapées 2013-2016 ont été adoptés par le conseil d'administration de l'Agence, en juin 2012.

Les principales actions posées en 2012-2013 dans ce dossier sont les suivantes :

- Rendre conforme le site Web de l'Agence aux nouvelles normes édictées.
- Élaborer un guide pour les responsables qui doivent exécuter les procédures nécessaires d'évacuation en cas d'urgence, c'est-à-dire sur la façon d'interpeller une personne ayant une déficience. Ce guide est en lien avec les caractéristiques des grands types de déficience.
- Élaborer un guide pour les responsables à l'accueil, aux plaintes et aux ressources humaines afin qu'ils sachent comment se comporter avec les personnes selon les types de déficience.
- Rendre accessibles, sur demande, les documents informatifs en médias substituts, soit en gros caractères, en DVD ou en cassette audio.
- Poursuivre les actions entreprises par l'Agence au cours des cinq dernières années dans le cadre des plans d'action triennaux à l'égard des personnes handicapées.

Services spécialisés

Attente administrative

Objectif de résultats

Améliorer l'accès à des services spécialisés de réadaptation en déficience physique dans chacune des régions du Québec.

Indicateur	Résultat 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat 2012-2013
Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services spécialisés de réadaptation	2 039	2 346	2 261

Commentaires

Comparativement à l'année financière précédente, il y a eu une augmentation de 10 % du nombre de personnes rejointes en Abitibi-Témiscamingue, soit 222 usagers de plus. Ce résultat correspond à 96,4 % de la cible. L'implantation du système d'information pour les personnes ayant une déficience (SIPAD) a permis d'avoir un portrait plus exact de la clientèle desservie.

La liste d'attente est à la baisse si on la compare à celle de l'an passé : elle comptait 295 usagers au 31 mars 2012, alors qu'elle est maintenant de 194 usagers. Il s'agit d'une baisse de 34 %. Cette liste est composée en majorité de personnes présentant une déficience motrice (51 %), suivie par des personnes ayant une déficience auditive (26 %). L'absence de professionnels ou le non-remplacement de ceux-ci a un impact important sur la gestion de la liste d'attente.

↳ *Soutien à domicile*

Attente administrative

Objectif de résultats: Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées.

Indicateur	Résultat 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat 2012-2013
Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	1 427	1 481	1 799

Commentaires: La clientèle rejointe par les services de soutien à domicile a augmenté de 372 personnes par rapport à l'année dernière. Cette hausse de 26 % fait en sorte que la région dépasse largement la cible visée. Les travaux amorcés dans chacun des CSSS dans le cadre de l'optimisation des services de soutien à domicile ont permis une révision de l'organisation du travail et des besoins de la clientèle, ce qui a contribué à cette hausse.

Attente administrative

Objectif de résultats: Augmenter l'intensité des services aux personnes présentant une déficience physique.

Indicateur	Résultat 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat 2012-2013
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile de la part des CSSS (mission CLSC) par usager (déficience physique)	15,79	14,7	18,28

Commentaires: Le nombre moyen d'interventions par usager en soutien à domicile demeure au-delà de la cible fixée par le MSSS.

↳ *Soutien à domicile – Allocation directe*

Attente administrative

Objectif de résultats: Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Indicateur	Résultat 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat 2012-2013
Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	223	214	214

Commentaires: En région, la cible visée pour le nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe est atteinte, soit 214 usagers, ce qui correspond tout à fait à la cible du MSSS.

Dépendance

↳ *Jeu pathologique*

Attente administrative

Objectif de résultats: Accroître l'accessibilité aux services spécialisés en jeu pathologique dans l'ensemble des régions du Québec.

Indicateur	Résultat 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat 2012-2013
Nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique	103 usagers	70 usagers	93 usagers

Commentaires: Une baisse est observée quant au nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique en 2012-2013. Celle-ci s'explique par l'important roulement de personnel spécialisé en jeu pathologique au CRD durant la dernière année, et par le fait que le projet de prévention accrue du jeu pathologique sur le territoire du CSSS de la Vallée-de-l'Or n'a pu être mis en place pour 2012-2013. De plus, la ligne téléphonique provinciale *Jeu : Aide et référence*, qui offre désormais un service de relation d 'aide téléphonique (alors qu'autrefois les usagers étaient référés au CRD), aurait contribué à la baisse observée.

↳ *Toxicomanie – Services de première ligne*

Attente administrative

Objectif de résultats: Assurer l'accès au programme Alcochoix+ dans chaque territoire de CSSS.

Indicateur	Résultat 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat 2012-2013
Nombre de CSSS dotés du programme Alcochoix+	3/5	5/5	5/5

Commentaires: Le programme Alcochoix+ est accessible sur l'ensemble du territoire témiscabitibien (cinq CSSS sur cinq). La formation Alcochoix+ offerte en 2012-2013 a permis de rendre ce programme disponible à l'ensemble de la population de la région.

Au cours de l'année 2012-2013, 35 personnes ont bénéficié du programme Alcochoix+ en Abitibi-Témiscamingue comparativement à 24 pour l'exercice précédent. La hausse notée par rapport à l'an dernier s'explique par la couverture régionale du programme et sa promotion.

Attente administrative

Objectif de résultats: Faciliter l'accès à des services de première ligne offerts en toxicomanie et en jeu pathologique aux personnes à risque d'abus ou de dépendance.

Indicateur	Résultat 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat 2012-2013
Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services en toxicomanie et en jeu pathologique de première ligne par les CSSS	198	187	263

Commentaires: On observe une augmentation significative du nombre d'usagers rencontrés entre 2011-2012 et 2012-2013, particulièrement dans un territoire de CSSS de la région (CSSS de Rouyn-Noranda). En fait, la cible est largement dépassée. Étant donné que cet indicateur n'est effectif que depuis deux ans, nous demeurons prudents quant aux conclusions qu'on pourrait en tirer.

Jeunes en difficulté

Équipe d'intervention jeunesse

Attente administrative

Objectif de résultats: Améliorer l'accessibilité et la continuité des services aux jeunes en difficulté et à leur famille par l'implantation d'une équipe d'intervention jeunesse (EIJ) dans chaque territoire local de la région.

Indicateur	Résultat 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat 2012-2013
Proportion de territoires dotés d'une EIJ	60 %	60 %	60 %

Commentaires: La cible est atteinte. Trois territoires sur cinq comptent une équipe d'intervention jeunesse. Pour un territoire de la région qui est peu populeux, ce mécanisme n'apparaît pas nécessaire puisque les situations complexes sont traitées autrement grâce à la collaboration des partenaires.

En 2012-2013, l'Agence s'est assurée qu'un mécanisme équivalant à une EIJ soit disponible pour le territoire du CSSS de Rouyn-Noranda. Selon les informations reçues, il y aurait une table de concertation clinique qui permettrait de soutenir les jeunes en difficulté et leur famille.

L'atteinte de standards de qualité et d'accessibilité demeure une priorité pour les différents partenaires impliqués. Toutefois, pour l'ensemble des situations complexes présentant des problèmes multiples, les EIJ et autres mécanismes sont nécessaires afin de bien répondre aux besoins des enfants et de leur famille.

Expertise psychosociale

Attente administrative

Objectif de résultats: Répondre aux demandes d'expertise de la Cour dans les délais souhaités.

Indicateur	Résultat 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat 2012-2013
Délai moyen entre la date de réception de la demande par le CJAT et la date de transmission du rapport à la Cour	6,9 mois	3 mois	7,03 mois

Commentaires: Malgré des recherches soutenues, la difficulté de recruter des psychologues fait obstacle à l'atteinte de la cible et demeure problématique. Les efforts sont maintenus afin de remédier à la situation.

↳ *Jeunes et leur famille en difficulté – Services de première ligne*

Attente administrative

Objectif de résultats

Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services jeunesse dans les territoires locaux en desservant les jeunes qui le requièrent ainsi que leur famille par les services psychosociaux et en augmentant le nombre d'interventions.

Indicateur	Résultat 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat 2012-2013
Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)	3 281	2 200	3 080
Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)		7	6,48

Commentaires

Le nombre moyen d'interventions par usage[illegible]nué légèrement comparativement à l'an passé. Afin de répondre au standard d'accessibilité, [illegible]SSS assigne tous les dossiers à son équipe Jeunes en difficulté (JED) ce qui a pour conséquence de diminuer considérablement l'intensité des services. Un suivi auprès d'un CSSS a permis de constater certaines lacunes au niveau de l'entrée des données dans le SIC-Plus et cela fausse la représentation de l'intensité. La situation est en voie d'être corrigée, toutefois nous constaterons les résultats en 2013-2014.

Un autre facteur affecte le niveau d'intensité des services : la clientèle en milieu scolaire est comprise dans les services offerts. Or, cette clientèle correspond davantage au programme Services généraux et nécessite moins d'interventions que celui des jeunes en difficulté.

↳ *Jeunes et leur famille en difficulté – Services de deuxième ligne*

Attente administrative

Objectif de résultats

Assurer l'accès aux services spécialisés dans les centres jeunesse, offerts en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) et de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA) dans un délai moyen d'attente de 12 jours calendrier pour les services d'évaluation en protection de la jeunesse pour tout enfant dont le signalement est retenu et dans un délai moyen d'attente de 20 jours calendrier pour l'application des mesures en protection de la jeunesse.

Indicateur	Résultat 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat* 2012-2013
Délai moyen d'attente à l'évaluation en Protection de la jeunesse	11,03	12 (16**)	9,77
Délai moyen d'attente à l'application des mesures en Protection de la jeunesse	6,07	20	5,56
Délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSJPA	4,05	14	8,17

Commentaires

Les cibles sont atteintes pour l'ensemble des indicateurs. Malgré une hausse des signalements reçus et retenus, le CJAT a réussi à obtenir des résultats remarquables, bien en deça des cibles du MSSS.

Dans le cas du délai à l'évaluation en Protection de la jeunesse (premier indicateur), notons que la cible est différente dépendamment si l'on inclue ou non la clientèle autochtone. Les deux cibles sont atteintes. Toutefois, le délai d'attente pour la clientèle allochtone a connu une augmentation au cours de l'exercice, notamment à cause du projet de loi 21 qui, en modifiant le Code des professions, a eu un impact sur le recrutement du personnel. Des rencontres sont prévues afin de trouver des solutions pour faciliter le recrutement. Toujours pour ce premier indicateur, mentionnons finalement que le MSSS a octroyé un financement de 50 000 $ pour l'ajout d'une ressource afin de ramener la liste d'attente à zéro.

* Les résultats incluent la clientèle autochtone sur réserve.
** Cible à atteindre si on inclut la clientèle autochtone sur réserve.

↳ *Programme de qualification des jeunes*

Attente administrative

Objectif de résultats

Assurer la prestation de services par le Programme de qualification des jeunes (PQJ).

Indicateur	Résultat 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat 2012-2013
Nombre de jeunes différents ayant bénéficié du PQJ	36	30	37

Commentaires

La cible est atteinte et même dépassée. Encore cette année, un financement additionnel du Secrétariat à la jeunesse a permis de maintenir la troisième ressource régulière en plus de permettre l'ajout d'un groupe en formule intensive. Donc, l'ensemble des jeunes pouvant bénéficier des services du PQJ a été inscrit. Le CJAT a également mis en place un groupe dédié spécifiquement à la clientèle autochtone.

↳ *Services de 2e ligne en dépendances pour les jeunes des centres jeunesse*

Attente administrative

Objectif de résultats

Implanter une offre de service en dépendances pour les jeunes du centre jeunesse par le centre de réadaptation en dépendances.

Indicateur	Résultat 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat 2012-2013
Offre de service spécialisé en dépendances au centre jeunesse	S.O.	S.O.	Poursuite du service

Commentaires

L'offre de service spécialisé en dépendances pour les jeunes du CJAT est implantée depuis quelques années déjà. Ces services sont bonifiés depuis deux ans, par l'ajout de temps d'un intervenant spécialisé en dépendances dans les services internes du CJAT.

↳ *Services d'intervention en situation de crise*

Attente administrative

Objectif de résultats: Augmenter le nombre de familles bénéficiant d'un programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu.

Indicateur	Résultat 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat 2012-2013
Nombre de programmes d'intervention immédiate et intensive développés	5	5	5
Nombre d'usagers desservis par les programmes d'intervention immédiate et intensive	196	ND	205

Commentaires: Tous les CSSS de la région offrent des services d'intervention en situation de crise et de suivi intensif dans le milieu. Pour l'ensemble de la région, 205 jeunes et leur famille ont été rejoints par ces services. Les services en place correspondent maintenant à l'ensemble des standards de *l'Offre de service 2007-2015 Programme-services Jeunes en difficulté*. La poursuite des travaux de collaboration entre les CSSS et le CJAT ainsi que la formation de l'ensemble des intervenants ont permis de se rapprocher des standards du Programme Crise-Ado-Famille-Enfance (CAFE) dans l'ensemble du territoire de l'Abitibi-Témiscamingue.

↳ *Services en négligence*

Attente administrative

Objectif de résultats: Offrir des services en négligence dans l'ensemble des territoires de CSSS.

Indicateur	Résultat 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat 2012-2013
Proportion de territoires de CSSS ayant un programme d'intervention en négligence	60 %	80 %	80 %

Commentaires: Quatre territoires sur cinq offrent des services aux familles vivant des difficultés reliées à la négligence. Toutefois, ces services ne correspondent que partiellement aux critères et standards visés par l'offre de service Jeunes en difficulté.

L'Agence a reçu le renouvellement du financement provenant du Secrétariat à la jeunesse permettant la poursuite des travaux amorcés par la coordonnatrice régionale ainsi qu'un financement pour soutenir les CSSS dans la mise en place d'un programme en négligence.

L'ensemble des intervenants pratiquant dans le programme négligence ont reçu les formations nécessaires. Les travaux se poursuivent dans le but d'atteindre les standards visés ainsi que l'accessibilité aux diverses composantes du programme.

Santé mentale

Services de première et deuxième ligne

Attente administrative

Objectif de résultats

Assurer aux personnes ayant des problèmes de santé mentale l'accès :

- aux services spécifiques de première ligne offerts par les CSSS à l'intérieur de 30 jours;
- aux services spécialisés de deuxième et de troisième ligne à l'intérieur de 60 jours.

Indicateur	Résultat 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat 2012-2013
Pourcentage d'usagers dont les services spécifiques de santé mentale de première ligne en CSSS ont débuté à l'intérieur de 30 jours	251,2 en moyenne (356 au 31 mars 2012)	17,7 usagers en moyenne	311 en moyenne (277 au 31 mars 2013)
Pourcentage d'usagers dont les services spécialisés de santé mentale de deuxième et troisième ligne en CSSS ont débuté à l'intérieur de 60 jours	31,4 en moyenne (9 au 31 mars 2012)	14,8 usagers en moyenne	8 en moyenne (0 au 31 mars 2013)

Commentaires

Les cibles sont une moyenne d'usagers en attente par période. Pour les services de première ligne, la cible n'est pas atteinte ni pour la clientèle de moins de 18 ans (28), ni pour les adultes (283).

Ces résultats reflètent le manque de ressources médicales et non médicales en première ligne pour les usagers aux prises avec un trouble mental, diagnostiqué ou en voie de l'être, et ayant besoin d'un suivi par un intervenant de santé mentale sans suivi conjoint avec un médecin spécialisé. Le recrutement d'intervenants en santé mentale et des ajustements à l'organisation des services sont cruciaux pour améliorer les services à la clientèle.

Pour les moins de 18 ans, la cible n'est pas atteinte dans quatre RLS, seul le CSSS des Aurores-Boréales atteint la cible. L'implantation du modèle en pédopsychiatrie fait en sorte que tous les enfants orientés en santé mentale ont d'abord accès à des services de première ligne. Certains d'entre eux seront dirigés vers les services de deuxième ligne impliquant un suivi conjoint avec un médecin spécialiste. Cependant, le manque de médecins spécialistes a pour effet d'augmenter la clientèle desservie en première ligne.

Dans la région, ce sont les mêmes équipes qui interviennent en première et en deuxième ligne. Ainsi, leur tâche est influencée par la présence ou non au dossier d'un psychiatre ou d'un pédopsychiatre. Ainsi, 95 % de la clientèle de moins de 18 ans est considérée comme étant desservie en première ligne et chez les adultes cette proportion est de 88 %, alors que le Plan d'action en santé mentale recommande un taux de 70 %.

Quant à l'attente pour l'accès aux services de deuxième ligne, la cible est atteinte tant chez les jeunes (0) que chez les adultes (8).

Néanmoins, les difficultés de recrutement ou de remplacement de ressources médicales et non médicales nuisent à l'accès aux services de deuxième ligne en santé mentale. Une seconde tournée régionale sera complétée sous peu afin de poursuivre l'implantation du modèle régional en pédopsychiatrie dans les CSSS de la région sous la coordination du CSSS de la Vallée-de-l'Or et en collaboration avec l'ASSSAT.

Attente administrative

Objectif de résultats

Maintenir ou diminuer la durée des séjours sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale :

- séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins;
- pourcentage de patients séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence.

Indicateur	Résultat 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat 2012-2013
Séjour moyen sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	11,5	12	12,1
Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	2,4 %	0,9 %	2,3 %

Commentaires

La cible est pratiquement atteinte pour le séjour moyen sur civière à l'urgence, mais ne l'est pas pour le pourcentage de séjour de 48 heures ou plus. Le résultat pour cet indicateur est similaire à celui de l'an dernier.

Soulignons que les résultats pour la santé mentale englobent les personnes de 75 ans ou plus ayant un trouble cognitif et les personnes présentant un problème de dépendance.

Trois CSSS sur cinq atteignent les objectifs ciblés pour la durée moyenne sur civière à l'urgence. Les CSSS de la Vallée-de-l'Or et du Témiscamingue n'atteignent pas les cibles, avec un séjour moyen respectif de 16,8 et 13,6 heures.

En ce qui concerne le pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière, trois CSSS atteignent la cible. Ce n'est pas le cas pour le CSSS Les Eskers de l'Abitibi avec un taux de 2,1 % ni pour le CSSS de la Vallée-de-l'Or avec un taux de 6,2 %.

Les services à l'urgence, aussi qualifiés de porte d'entrée en dehors des heures d'ouverture des services psychosociaux, sont souvent la seule alternative pour les personnes à potentiel suicidaire élevé et les personnes en crise suicidaire ou psychiatrique. L'intoxication d'un usager en crise lors de son séjour sur civière peut également en retarder le congé.

Le CSSS de la Vallée-de-l'Or a mis sur pied à l'urgence une équipe composée d'une infirmière de liaison en santé mentale, d'une d'intervenante en dépendance du Centre Normand et de deux intervenantes sociales. Cette équipe de prévention hospitalière qui voit à l'accueil, l'intervention, la référence et l'évaluation (PHARE) permet une évaluation rapide des besoins des usagers, contribuant ainsi à diminuer la durée moyenne de séjour sur civière à l'urgence.

Santé physique

↳ *Centre virtuel de santé et de services sociaux*

Préoccupation régionale

Objectif de résultats: Déployer le Centre virtuel de sasnté et de services sociaux (CvSSS).

Indicateur	Résultat 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat 2012-2013
Déploiement du CvSSS	Phase 2 déployée	Soutien à l'implantation	Soutien en cours

Commentaires: Selon le bilan 2012-2013 du RUIS McGill concernant l'utilisation des solutions de visioconférence en Abitibi-Témiscamingue, à la fin de la période 12, on compte 934 activités de téléformation, 307 activités de téléconsultation, 966 activités de nature administrative ainsi que 4 activités dans le domaine de la recherche, pour un total de 2 211 utilisations. Ces activités ont été compilées par le Centre d'excellence et de coordination de la télésanté (CECoT) du Centre universitaire de santé McGill (CUSM). Cela représente une hausse de 70 % par rapport à l'an dernier. Des projets intrarégionaux se développent au gré des besoins identifiés par chacun des CSSS. Par exemple, en 2012, la téléradiologie a permis de réaliser certaines échographies abdominales au CSSS du Témiscamingue (secteur Ville-Marie) qui sont transmises en temps réel au radiologiste du CSSS de Rouyn-Noranda, évitant ainsi aux patients d'avoir à se déplacer pour obtenir un diagnostic. Au cours de l'année 2013, des tests de réactivité fœtale seront réalisés à distance pour des patientes de Chisasibi et la lecture sera effectuée par une gynécologue du CSSS de la Vallée-de-l'Or. L'équipe du CUSM offre un important soutien aux professionnels qui désirent développer de nouvelles activités.

↳ *Lutte contre le cancer*

Préoccupation régionale

Objectif de résultats: Assurer le soutien clinique aux professionnels impliqués auprès de la clientèle atteinte d'un cancer.

Indicateur	Résultat 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat 2012-2013
Activités de soutien variées	Formations, supervision et échanges cliniques	Formations, supervision et échanges cliniques	Formations, supervision et échanges cliniques

Commentaires

Soutien à l'interdisciplinarité : En avril 2012, une journée d'accompagnement et de soutien à l'interdisciplinarité a été offerte aux cinq équipes d'oncologie de la région, venant compléter une série de six journées thématiques qui se sont déroulées entre 2009 et 2012. Le fonctionnement en interdisciplinarité se développe graduellement dans la plupart des équipes.

Supervision clinique par télésanté pour les infirmières en oncologie et en soins palliatifs : À l'automne 2012, la composition des groupes de supervision clinique a été révisée par le RUIS McGill. Il s'est avéré plus difficile pour les infirmières en oncologie et en soins palliatifs de l'Abitibi-Témiscamingue de réserver du temps pour participer aux séances offertes. Un nouveau mode de fonctionnement a été proposé au RUIS pour améliorer la participation.

Comité des thérapies du cancer : Des visioconférences mensuelles sont organisées par le Comité des thérapies du cancer du CSSS Les Eskers de l'Abitibi en collaboration avec le Comité d'évaluation des pratiques oncologiques (CEPO) du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). Différentes histoires de cas sont abordées. Ces activités sont accessibles aux professionnels de l'Abitibi-Témiscamingue et du Nord-du-Québec.

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Implanter un Réseau régional de cancérologie.
Implanter un registre local du cancer dans les CSSS visés.

Indicateur	Résultat 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat 2012-2013
Réseau régional implanté en région	En processus d'implantation	En processus d'implantation	En processus d'implantation
Registre local du cancer implanté dans chaque CSSS	Phase 2 en cours	Phase 2 en cours	Phase 2 en cours

Commentaires

Implantation d'un Réseau régional de cancérologie : À l'automne 2012, la Direction québécoise de cancérologie (DQC) a présenté son projet de plan directeur dans lequel la gouvernance clinique nationale a été révisée. Pour instaurer sa gouverne selon le nouveau plan directeur, l'Agence a d'abord nommé un chef médical du Réseau régional de cancérologie qui est mandaté pour développer un modèle de gouvernance régionale qui tiendra compte de la perspective de la personne atteinte de cancer et de l'évaluation de la performance dans l'organisation de la lutte contre le cancer au sein du système de soins et de services de santé et de services sociaux. Le Réseau régional est en processus d'implantation.

Implantation de registres locaux du cancer : La phase 2 du projet a débuté en décembre 2011. Elle consiste à implanter un registre local du cancer dans les cinq centres d'oncologie. En 2012, des comités locaux ont été mis en place pour planifier l'implantation de ces registres. Une série de formations ont été offertes par la DQC pour permettre à trois registraires en oncologie et aux archivistes médicales des CSSS de la région de se familiariser avec le nouveau cadre normatif du MSSS. Des rencontres régionales de soutien ont lieu régulièrement afin que les archivistes apprennent à travailler avec la solution technologique SARDO (Système d'archivage régional de données oncologiques) qui a été installée dans chacun des CSSS. La première transmission de données à partir des registres locaux au registre québécois du cancer devrait avoir lieu en juin 2013.

↳ *Soins palliatifs*

Attente administrative

Objectif de résultats: Accroître l'accès aux services de soins palliatifs en augmentant le nombre de personnes desservies à domicile et en augmentant l'intensité des services.

Indicateur	Résultat 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat 2012-2013
Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	429	457	430
Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	15,57	16	12,66

Commentaires

Le nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile en 2012-2013 est comparable à l'année précédente. Le nombre moyen d'interventions par usager a toutefois diminué et se trouve nettement sous la cible pour 2012-2013.

Au CSSS des Aurores-Boréales, le nombre d'usagers desservis a augmenté de 10 et atteint 77 en 2012-2013. Il n'y a aucune liste d'attente. Cependant, le nombre moyen d'interventions par usager a diminué, passant de 16,9 à 11,7.

Au CSSS Les Eskers de l'Abitibi, 90 usagers ont été desservis en 2012-2013 comparativement à 75 au cours de l'année précédente, une hausse de 15. Toutefois, le nombre moyen d'interventions est passé de 13 à 9,90.

Au CSSS de Rouyn-Noranda, le nombre d'usagers desservis a diminué, passant de 123 à 115. Bien que le nombre moyen d'interventions par usager soit supérieur à la cible avec 16,7, il a tout de même diminué par rapport à l'an dernier, alors qu'il atteignait 23,5.

Au CSSS de la Vallée-de-l'Or, le nombre d'usagers desservis est passé de 127 à 95. Le nombre moyen d'interventions par usager a aussi diminué, passant de 13 à 11,3. Toutefois, 80 % de la clientèle est en phase terminale et l'établissement a répondu à toutes les demandes.

Au CSSS du Témiscamingue, le nombre d'usagers desservis est passé de 34 à 53. Le nombre moyen d'interventions par usager a augmenté de 11,35 à 13,57.

↳ *Système automatisé et robotisé de distribution des médicaments*

Attente administrative

Objectif de résultats: **Compléter l'installation du Système automatisé et robotisé de distribution des médicaments (SARDM).**

Indicateur	Résultat 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat 2012-2013
Nombre d'établissements ayant complété l'installation du SARDM	2	4	4

Commentaires

L'installation du SARDM est maintenant complétée dans quatre CSSS de la région. Le processus d'implantation a été entrepris dans un cinquième CSSS et pourrait s'échelonner sur quelques années.

Santé publique

Développement des communautés

Préoccupation régionale

L'Agence assure un soutien d'expertise en Développement des communautés selon les besoins exprimés par les milieux. Cette année, l'approche Développement des communautés s'est déployée en trois volets :

Soutien au développement des communautés : En 2012-2013, six communautés ont finalisé leur tableau de bord et deux autres ont amorcé cette démarche. Un territoire de MRC a reçu du soutien financier et professionnel pour coordonner, encadrer et évaluer l'appropriation de la démarche par les organisations du territoire et la mise en application de la démarche du tableau de bord dans plusieurs communautés. Cet exercice d'appropriation demandera une évaluation et un suivi.

La CRÉ a été mandatée pour appliquer le PAGSIS dans la région. Dans ce cadre, la priorité régionale *Développement des communautés* a été retenue par les acteurs régionaux lors d'une démarche de priorisation en développement social. Le répondant en développement des communautés a coordonné et animé l'activité de quatre comités de travail réunissant 26 personnes. Il a aussi organisé un forum de travail sur cette priorité afin de mieux outiller les acteurs de ce développement. Des travaux sur la connaissance, la mise en réseau, les ressources pour le soutien des initiatives et la caractérisation des communautés se poursuivent.

Villes et villages en santé (VVS) : La tenue du colloque provincial du Réseau québécois de Villes et Villages en santé à Rouyn-Noranda a été une organisation et un événement marquants en 2012. Sous le thème *Plein feux sur 25 ans d'action dans un monde municipal en changement*, 200 personnes des régions du Québec et d'ailleurs ont participé, les 20, 21 et 22 septembre, aux conférences, ateliers, visites terrain et gala d'excellence. Le 25e anniversaire de Rouyn-Noranda Ville et Village en santé fut aussi l'occasion de rendre hommage aux fondateurs du mouvement.

Au cours de l'année, les 32 municipalités et territoires membres de VVS en région ont été conviés à faire le point sur les actions réalisées au cours des trois dernières années. Des rencontres ont eu lieu dans chaque territoire de MRC. En plus d'échanger sur les projets mis en place, ces rendez-vous ont aussi été l'occasion de solliciter les membres de VVS à tenir un kiosque au colloque provincial. Quatre kiosques ont été tenus.

Le répondant régional VVS a poursuivi tout au long de l'année ses actions d'accompagnement (participation aux réunions, réponse à des demandes) auprès des membres au nombre desquels trois nouvelles municipalités se sont ajoutées, soit : Launay, Berry et St-Dominique-du-Rosaire. Par ailleurs, deux municipalités se sont retirées du réseau : Malartic et Fugèreville. La publication de cinq numéros du Bulletin de liaison VVS a permis de diffuser les initiatives et de garder le contact avec et entre les membres VVS de la région.

Programme de sécurité alimentaire : Le programme de sécurité alimentaire appuie les initiatives d'autonomie et de dépannage alimentaires menées par les cinq organismes reconnus en ce domaine dans chacun des territoires de CSSS. Cette année, une somme de 73 629 $ a été accordée en appui à ces initiatives et une somme non récurrente de 31 811 $ a été ajoutée pour une deuxième année consécutive afin d'améliorer les conditions de vie des personnes les plus démunies. Ces sommes ont été réparties, pour une première fois et à la demande des organismes, selon de nouveaux critères et pour des secteurs territoriaux redécoupés par territoire de CSSS. Cette nouvelle répartition tient compte de deux indices : la répartition de la population (50 % de la somme) et la proportion des personnes vivant sous la mesure de faible revenu de l'année 2009 (50 % de la somme).

↳ *Habitudes de vie et maladies chroniques — Dépistage du cancer du sein*

Attente administrative

Objectif de résultats

Consolider le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS).

Indicateur	Résultat 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat 2012-2013
Taux de participation au PQDCS	67,1 %	70 %	68,8 %

Commentaires

Le taux de participation de la région est de 68,8 %, ce qui situe l'Abitibi-Témiscamingue au deuxième rang au plan provincial (58,3 %). Cinq centres de dépistage désignés (CDD) sur six ont atteint un taux de participation de plus de 65 %. Le CDD des Aurores-Boréales se démarque avec un taux qui atteint 71,8 %. Notons que le CDD Les Eskers de l'Abitibi conserve un taux de participation supérieur (70,8 %) à la norme provinciale (70 %). Pour l'année 2012, la visite de la clinique accréditée de radiologie (CLARA) sur le territoire du CSSS du Témiscamingue (secteur Témiscaming) a eu lieu du 19 au 22 avril 2012.

Chaque année, deux rencontres régionales réunissant les coordonnatrices et les coordonnateurs des CDD sont organisées. Cette activité permet de partager de l'information provenant du MSSS et d'échanger sur les différentes réalités régionales.

Une analyse de l'utilisation de la ligne téléphonique sans frais a été réalisée cette année. Mise sur pied en 2002, cette ligne vise à offrir un service d'information, d'écoute et de soutien aux femmes de la région. Selon les données recueillies, un total de 268 appels téléphoniques ont été reçus sur une période de 6 mois, ce qui équivaut à une moyenne de 45 appels téléphoniques par mois, soit 2,1 appels par jour ouvrable. En supposant que les 536 appels émanent de personnes différentes, nous pouvons conclure que la ligne est utilisée par 5% de la population cible du PQDCS. Mentionnons aussi que près de quatre appels sur dix ont une durée de 5 à 15 minutes et environ un appel sur dix prend de 16 à 30 minutes. À la lumière de ces résultats, nous estimons que la ligne 1-866 répond aux besoins des femmes visées par le PQDCS.

Dans le cadre de référence du PQDCS, l'assurance de la qualité est définie par un ensemble de normes et d'exigences fixées par le MSSS. Par conséquent, le directeur de santé publique de l'Agence est responsable du volet assurance de la qualité (qui vise l'atteinte des normes) du PQDCS. Une deuxième tournée des CDD de la région s'est déroulée du 6 mars au 4 avril 2013. Cette activité vise à identifier les points forts et les points faibles de façon à consolider les atouts tout en trouvant des solutions réalistes lorsque des améliorations sont jugées souhaitables. Une rencontre d'une heure est prévue avec l'équipe habituelle dédiée aux tâches du PQDCS, soit : les coordonnateurs, les technologues, les agentes administratives à la prise de rendez-vous et à l'accueil. S'ajoute une entrevue avec le radiologiste. Un bilan de la tournée sera présenté à l'automne 2013 au directeur de santé publique et aux coordonnateurs des CDD.

↳ *Habitudes de vie et maladies chroniques — Prévention des maladies chroniques*

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Implantation du modèle intégré de lutte aux maladies chroniques et soutien à tous les niveaux du continuum de services.

Indicateur	Résultat 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat 2012-2013
Organiser un colloque régional sur les services de première ligne	S.O.	Participation des 5 CSSS, des médecins et des pharmaciens communautaires	5 CSSS sur 5 (médecins, pharmaciens communautaires et gestionnaires)
Poursuivre l'implantation du programme autogestion des soins en maladies chroniques	S.O.	3 ateliers de groupe dans chacun des 5 CSSS	4 CSSS sur 5

Commentaires

Colloque régional sur les services de première ligne : Pour faire suite à la tournée des territoires réalisée en 2011-2012, la Direction de santé publique et la Direction des affaires médicales et des services de santé, en collaboration avec le DRMG, ont organisé un colloque régional sur les services de première ligne afin de :

- partager les expériences et les réalisations régionales;
- faire connaître les services et favoriser le réseautage;
- mobiliser les acteurs du réseau afin d'améliorer les services de première ligne.

Les CSSS, GMF, partenaires communautaires et citoyens ont répondu nombreux à l'invitation, ce qui a permis d'obtenir un taux de participation des plus intéressants, soit 175 personnes. Notons également la participation très appréciée du président de Concerto groupe santé, Dr Alain Larouche, ainsi que du sous-ministre aux affaires médicales et universitaires, Dr Jean Rodrigue.

Programme d'autogestion des soins en maladies chroniques : Quatre CSSS sur cinq ont atteint la cible. De ceux-là, trois ont dépassé le nombre d'ateliers ciblés, soit :

- le CSSS de la Vallée-de-l'Or (six ateliers de groupe dont un à Senneterre);
- le CSSS Les Eskers de l'Abitibi (plus de trois ateliers de groupe dont un à Barraute);
- le CSSS de Rouyn-Noranda (cinq ateliers).

Le rapport d'évaluation de l'implantation du programme autogestion des soins pour les personnes atteintes de maladies chroniques et leurs proches en Abitibi-Témiscamingue a été déposé au conseil d'administration de l'Agence à l'automne 2012.

Lutte aux maladies chroniques : Au cours de l'année, les partenaires locaux regroupés autour de *Québec en Forme* ont mis en place de nouveaux plans triennaux ou des plans d'action annuels. Ces démarches sont soutenues par chacune des équipes locales du Programme 0•5•30 combinaison prévention des CSSS. La collaboration est entamée avec les municipalités en démarche d'élaboration de leur politique familiale municipale, dans laquelle des notions de saines habitudes de vie seront intégrées. Dans ce dossier, la Direction de santé publique agit comme répondant régional en saines habitudes de vie pour le Carrefour action municipale famille (CAMF) du ministère de la Famille.

Sept des huit centres d'abandon du tabagisme (CAT) de la région poursuivent leurs activités. Une nouvelle répondante régionale entrera en fonction ainsi que la nouvelle répondante du CAT présentement inactif.

Le comité intersectoriel régional en saines habitudes de vie, piloté par la Direction de santé publique, a obtenu un soutien financier de *Québec en forme* pour deux nouveaux projets, l'un en communication et l'autre en formation. Ces deux projets servent principalement à réaliser un plan d'action régional en saines habitudes de vie et ainsi soutenir les partenaires locaux dans leurs besoins communs.

Commentaires

L'offre de formation en cuisine santé, développée également par le comité régional en partenariat avec le Centre de formation professionnelle du Lac-Abitibi, a pris fin au printemps 2012. Un outil de pérennité a été produit à l'intention des milieux participants. Le rapport d'évaluation final sera disponible en mai 2013.

↳ *Habitudes de vie et maladies chroniques — Santé dentaire*

Attente administrative

Objectif de résultats

Améliorer la santé buccodentaire des jeunes de moins de 18 ans :

- actualiser les données épidémiologiques disponibles en santé buccodentaire;
- réaliser l'application d'agents de scellement en milieu scolaire.

Indicateur	Résultat 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat 2012-2013
Nombre d'élèves examinés	S.O.	650 élèves de 2e et 6e année du primaire examinés	510 élèves examinés (140 à venir en avril et mai)
Nombre de territoires qui réalisent l'application d'agents de scellement (scellants) chez les élèves de 2e année du primaire répondant aux critères concernant le risque de carie dentaire	3/5	5/5	2/5 offrent les scellants à tous les élèves de 2e année répondant aux critères 3/5 offrent les scellants dans certaines écoles de leur territoire

Commentaires

Actualiser les données épidémiologiques disponibles en santé buccodentaire : Afin de mieux connaître le portrait dentaire des jeunes de 7-8 ans et 11-12 ans, le MSSS a mandaté l'INSPQ pour mener une étude d'envergure nationale sur l'état de la santé buccodentaire des élèves québécois du primaire. Les agences et les CSSS travaillent de concert à la réalisation de cette étude.

L'étude se déroule dans certaines écoles sélectionnées de façon aléatoire par l'INSPQ à travers toutes les commissions scolaires de la région. Les deux dentistes-conseils de l'Agence procèdent à l'examen buccodentaire des élèves. Les hygiénistes dentaires des cinq CSSS de la région participent également à la logistique de l'étude en distribuant et en recueillant la documentation adressée aux parents des élèves, et en inscrivant les données lors des journées d'examens.

Ainsi, 650 élèves de la région ont été examinés en milieu scolaire de novembre 2012 à juin 2013. Les premiers résultats de l'étude devraient être diffusés par l'INSPQ en juin 2014. Dans les mois subséquents, les résultats concernant la région seront divulgués par l'Agence.

Application d'agents de scellement en milieu scolaire : L'application d'agents de scellement dentaire en milieu scolaire est une des activités prioritaires du Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2015 et fait partie intégrante de la mise en œuvre du Programme national de santé publique (PNSP). Cette application en milieu scolaire est recommandée pour réduire la carie dentaire sur les molaires permanentes des enfants qui, autrement, ne pourraient pas avoir accès à cette mesure de prévention.

L'application des scellants en milieu scolaire se fait par les hygiénistes dentaires des CSSS. La collaboration de deux hygiénistes dentaires (ou une hygiéniste dentaire et une assistante) est requise. Certains CSSS n'ont pas les effectifs dentaires nécessaires pour répondre à cette exigence, ce qui explique le fait que les scellants ne peuvent être proposés à tous les élèves de 2e année du primaire répondant aux critères pour le moment.

↳ *Jeunes et famille – Animation de jeunes en milieu rural*

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Soutenir la mise en place d'actions faisant la promotion et facilitant l'adoption d'une saine alimentation, d'un mode de vie physiquement actif et le développement des compétences sociales.

Soutenir les locaux de jeunes en milieu rural dans le but de faciliter la consolidation de cette mesure.

Indicateur	Résultat 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat 2012-2013
Nombre de territoires mettant en place des initiatives de promotion et d'adoption d'une saine alimentation et d'un mode de vie physiquement actif	5/5	5/5	5/5
Nombre de territoires de CSSS participant à l'Entente de concertation régionale Jeunes en milieu rural	5/5	5/5	5/5

Commentaires

Depuis la signature de la 3e Entente de concertation régionale *Jeunes en milieu rural*, renouvelée en mars 2012, les parties ont concentré leurs actions sur trois axes. Les mandataires, ainsi que les partenaires locaux et régionaux, ont agi sur la prévention des toxicomanies, la participation citoyenne et les saines habitudes de vie (alimentation et activité physique) avec les jeunes fréquentant la quarantaine de locaux de jeunes en milieu rural de l'Abitibi-Témiscamingue. Des efforts ont été consentis afin d'associer les parties à la mise en place, au développement, à l'animation et à la consolidation des locaux de *Jeunes en milieu rural qui* s'adressent plus particulièrement aux jeunes de 12 à 17 ans.

L'Agence soutient activement *Jeunes en milieu rural* par la participation de deux professionnels à la Table des partenaires, au comité de suivi et au comité de communication et de formation. De plus, les organisateurs communautaires des CSSS sont impliqués dans la majorité des territoires.

Les locaux de jeunes sont représentés au sein des cinq regroupements locaux de partenaires *Québec en Forme* de la région et sont reconnus comme étant des lieux privilégiés pour travailler avec la clientèle de 12 à 17 ans en milieu rural. Grâce à cette reconnaissance, ils bénéficient d'un soutien financier de la part des regroupements locaux afin de mettre en place des actions favorisant les saines habitudes de vie.

Une formation à l'intention des animateurs des locaux de jeunes a eu lieu à l'automne 2012 concernant les trois axes d'intervention de l'Entente. Au total, 46 animateurs y ont pris part. Le CSSS Les Eskers de l'Abitibi a collaboré à la formation pour le volet prévention des dépendances.

La candidature de *Jeunes en milieu rural* a été déposée aux Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux dans la catégorie partenariat.

↳ *Jeunes et famille – Promotion et prévention*

Attente administrative

Objectif de résultats

Maintenir l'accès aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité.

Indicateur	Résultat 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat 2012-2013
Proportion de femmes ayant accouché dans l'année, rejointes par les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)	En région : *(95,9 %) Selon les projections du MSSS : 102 %	En région : 90 % Demande du MSSS : 80 %	En région : *(97,2 %) Selon les projections du MSSS : 108,4 %

Commentaires

Les cinq CSSS ont atteint la cible demandée par l'Agence. Tous les CSSS ont entrepris les suivis des SIPPE de la 12e semaine de grossesse jusqu'à 24 mois de vie de l'enfant. Quelques-uns ont essuyé des refus de la part des femmes, mais la proportion est minime en comparaison avec le nombre de mères rejointes.

Le suivi des enfants jusqu'à l'âge de 5 ans demeure souhaitable, mais dans les faits, les intervenants n'arrivent pas à assurer l'intensité du suivi jusqu'à cet âge. Pour les communautés autochtones, le nombre de femmes enceintes suivies par les cliniques médicales et correspondant aux critères des SIPPE est très difficile à obtenir par trois des CSSS concernés. Ces femmes autochtones reçoivent des services en santé maternelle et infantile fournis par Santé Canada, et ce, dans leur milieu à Val-d'Or. Les femmes autochtones qui vivent hors réserve ont pu bénéficier des services par l'entremise d'une infirmière de la Clinique Minowé. Elle collabore avec l'équipe d'intervenantes des SIPPE du CSSS de la Vallée-de-l'Or.

* La donnée entre parenthèses correspond à une compilation manuelle, effectuée par l'Agence et les établissements. Ce calcul est basé sur les femmes ayant accouché dans le cadre du programme SIPPE incluant les refus au moment de l'offre de service dans l'année de référence. Considérant l'écart entre les estimations du MSSS et le nombre réel de femmes rejointes en fonction des refus, l'Agence considère que la première valeur a une signification plus réaliste. Les projections du MSSS sont tout de même conservées dans le bilan annuel de l'Agence, à titre informatif. Le MSSS retient comme dénominateur le nombre total de femmes (moins de 20 ans et 20 ans et plus avec moins de 11 ans de scolarité), ayant accouché au cours de l'année de référence. L'Agence continue à encourager les CSSS à compléter les fiches de périnatalité avec assiduité afin de donner un portrait plus juste de l'état des SIPPE.

Attente administrative

Objectif de résultats

Renforcer la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel dans chaque territoire de CSSS de notre région.

Indicateur	Résultat 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat 2012-2013
Nombre de territoires avec un service d'appui à l'allaitement maternel	5/5 territoires avec service en voie de consolidation	5/5 territoires avec service de soutien à l'allaitement C'MAMAN	5/5 territoires avec service de soutien à l'allaitement C'MAMAN
Nombre de CSSS certifiés ou en processus pour la certification « Amis des bébés »	1 CSSS certifié et 4 en processus	Continuer le soutien au processus de certification des 5 territoires, notamment la formation de 20 h en allaitement de 70 % des infirmières en périnatalité	65 % des infirmières en périnatalité ont un minimum de 20 h de formation en allaitement et le soutien se poursuit
Nombre de territoires de CSSS ayant des activités publicitaires pour la promotion et le soutien de l'allaitement maternel	5/5 territoires ont participé à l'activité Défi allaitement	5/5 territoires participent à l'activité Défi allaitement	5/5 territoires ont participé à l'activité Défi allaitement

Commentaires

Le soutien aux CSSS de la région se poursuit pour l'avancement vers la certification *Amis des bébés*. Le Comité régional en allaitement tient trois rencontres par année. Le contact peau à peau après l'accouchement et la cohabitation font partie des pratiques dans toutes les maternités de la région. Il faut maintenant poursuivre les efforts afin que le contact peau à peau dure au moins une heure et soit réalisé aussi après la naissance par césarienne sans complication. Le suivi statistique pour les taux et la durée de l'allaitement s'avère difficile. Deux CSSS réalisent des compilations manuelles, mais une étude sera nécessaire pour évaluer l'évolution des taux et de la durée de l'allaitement dans la région.

Attente administrative

Objectif de résultats

Intensifier les actions de promotion, de prévention et d'intervention précoce auprès des femmes enceintes, des enfants et de leur famille (avant que les difficultés ne surgissent).

Indicateur	Résultat 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat 2012-2013
Soutenir au moins deux actions concernant les liens d'attachement parent-enfant en collaboration avec les partenaires	La Direction de santé publique a soutenu le service PERI-AMOUR au CLSC d'Amos et le projet SSÉME dans un centre de la petite enfance	Amorcer l'évaluation des actions en CPE pour le soutien au développement émotionnel des enfants	Élaboration de grilles d'observation de l'interaction éducatrice-enfant en CPE, participation à l'équipe de recherche-action *Portés par la qualité*
Nombre de territoires de CSSS ayant des services de dépistage et de stimulation précoce pour les enfants de 3-4 ans	5/5 territoires avec service de dépistage et de stimulation précoce chez les 3-4 ans	5/5 territoires avec service de dépistage et de stimulation précoce chez les 3-4 ans	5/5 territoires avec service de dépistage et de stimulation précoce chez les 3-4 ans

Commentaires

PÉRI-AMOUR : Ce service consiste en une série de cinq à huit rencontres avec une dyade parent-enfant ayant des difficultés dans le lien d'attachement. La rétroaction guidée est faite selon l'approche MIG (modified interaction guidance) avec des enregistrements vidéos des interactions mère-enfant afin d'améliorer les comportements parentaux qui visent l'attachement sécurisant de l'enfant.

Projet SSÉME (soutien à la sécurité émotionnelle en milieu de garde pour les enfants) : Ce projet inclut une journée de formation sur le lien d'attachement et la sécurité émotionnelle des enfants offerte au personnel du CPE, des sondages sur les changements possibles pour améliorer la sécurité émotionnelle des enfants dans le milieu de garde, l'application et le suivi des changements proposés.

Portés par la qualité : Il s'agit d'une recherche réalisée en partenariat avec l'Université Laval, le Regroupement des CPE de l'Abitibi-Témiscamingue et Nord-du-Québec ainsi que l'Agence. La plupart des CPE des deux régions y participent. Elle comprend notamment une observation du milieu de garde et des interactions éducatrice-enfant. À la suite de la recherche, des formations seront données au personnel selon les besoins qui auront été identifiés. La formation en lien d'attachement et sécurité émotionnelle des enfants sera offerte par un médecin-conseil de l'Agence. Une évaluation post-formation permettra de vérifier si les améliorations visées se sont concrétisées.

Mentionnons que d'autres actions ont aussi été réalisées dans le but d'accentuer la promotion, la prévention et l'intervention précoce. La première phase du programme de prévention du syndrome du bébé secoué a été mise sur pied. Le programme Générations qui vise à favoriser le développement des attachements sécurisants chez l'enfant a aussi été lancé. Une soixantaine d'intervenantes des CSSS concernés ont été formées. Les tablettes électroniques qui seront utilisées pour la rétroaction vidéo avec les parents ont été achetées et adaptées. Finalement, des formations de base en lien d'attachement ont été données aux nouveaux employés travaillant en périnatalité dans les CSSS et les organismes communautaires de la région.

↳ *Maladies infectieuses – Immunisation*

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Augmenter la couverture vaccinale contre l'influenza chez les travailleurs de la santé.

Indicateur	Résultat 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat 2012-2013
Pourcentage d'employés qui ont reçu le vaccin contre l'influenza saisonnière	47,5 %	80 %	48 %

Commentaires

Nous sommes toujours loin derrière la cible et n'observons pas de gain dans l'ensemble de la région.

Le défi demeure de regagner la confiance des membres du personnel de soins afin d'augmenter leur adhésion. Pour ce faire, il faut maintenir les activités de promotion dans les CSSS.

↳ *Maladies infectieuses – Prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang*

Attente administrative

Objectif de résultats

Réduire la transmission des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).

Indicateur	Résultat 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat 2012-2013
Nombre d'activités de dépistage des ITSS réalisées auprès des clientèles vulnérables rejointes par les services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEP)	581	581	1 062

Commentaires

Chaque CSSS cible les milieux et les activités à déployer afin de rejoindre les clientèles vulnérables de son territoire, de sorte que l'organisation des services varie d'un territoire à l'autre. La hausse qui est observée en comparaison avec le résultat de l'an passé s'expliquerait en partie par le fait qu'un secteur ne codait pas toutes ses activités en lien avec les ITSS.

Quant au programme travail de rue et de milieu, il a fait l'objet d'une évaluation par l'UQAT à la demande de l'Agence. Un comité de suivi chargé de la production d'un cadre de référence et de la mise à jour du guide de formation est en cours.

La diminution de la participation des pharmacies communautaires au programme Échange de seringues, services d'aide et d'information sur le SIDA (ESSAIS) se fait toujours sentir. Des organismes communautaires ont pris la relève, mais de façon insuffisante pour combler les besoins.

En ce qui concerne l'ITSS la plus répandue, la chlamydia, on note une légère diminution en 2012, avec 299 cas par 100 000 habitants en Abitibi-Témiscamingue. Rappelons que le nombre de cas déclarés était passé de 269 cas pour 100 000 habitants en 2010 à 327 en 2011. Notons que pour ces trois années, la région connaît des taux supérieurs aux moyennes provinciales (218 en 2010, 241 en 2011 et 252 en 2012).

Il est clair que les efforts de prévention doivent être maintenus grâce, d'une part, au travail effectué par les SIDEP et, d'autre part, au rôle élargi des infirmières introduit par la modification du Code des professions. Celles-ci peuvent faire le dépistage et entreprendre un traitement en collaboration avec les pharmaciens. Cette modification des pratiques améliore l'accessibilité aux services et facilite le travail de complémentarité avec les travailleurs de rue et de milieu.

Une clinique d'hépatite C a vu le jour en mai 2012 dans le secteur de Val-d'Or. Une équipe de professionnels est en place et des travaux se poursuivent pour optimiser son fonctionnement. Pour le secteur de Rouyn-Noranda, des travaux d'arrimage sont en cours entre les cliniques régionales VIH-Sida et méthadone, ce qui permettra un partage d'expertise et une collaboration bénéfique entre les intervenants ainsi qu'une meilleure accessibilité pour la clientèle mono-infectée au virus de l'hépatite C (VHC). En collaboration avec la Coalition d'aide aux lesbiennes, gais, bisexuels, des actions régionales de sensibilisation et de formation sont menées via le *Programme québécois de lutte à l'homophobie*.

↳ *Prévention des chutes chez les personnes âgées*

Attente administrative

Objectif de résultats

Consolider la mise en œuvre du Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED).

Favoriser la mise en œuvre de l'intervention multifactorielle personnalisée (IMP).

Indicateur	Résultat 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat 2012-2013
Nombre de groupes de personnes âgées de 65 ans et plus ayant participé au PIED	ND	12	12
Nombre d'usagers ayant été rejoints par le Programme IMP	115	101	138

Commentaires

PIED : Tous les CSSS de la région ont offert le programme PIED et cinq CSSS sur six ont respecté les ententes de gestion. Le nombre de participants par groupe varie de 7 à 15. Une rencontre annuelle entre les animateurs PIED de la région favorise les échanges, l'harmonisation des pratiques et permet une mise à jour des connaissances reliées au programme.

Les outils promotionnels régionaux pour PIED ont été traduits en anglais en début d'année 2013. Ils ont par la suite été distribués aux animateurs PIED qui en ont fait la demande.

IMP : La cible est largement dépassée quant au nombre de personnes rejointes par le programme. Ce résultat ne signifie toutefois pas que toutes les personnes admissibles au programme ont été rejointes, dans tous les territoires. Si le programme est bien implanté et compris par l'ensemble des établissements, certains éprouvent des difficultés à rejoindre la clientèle principalement en raison des ressources professionnelles et des pratiques de collaboration à améliorer.

Les trois facteurs de risque essentiels exigés par le MSSS (l'environnement domiciliaire, la capacité motrice et la médication) sont considérés. L'évaluation complète du facteur de risque médication se doit d'être plus systématique. Tel que proposé dans le guide d'implantation-IMP, plusieurs CSSS évaluent d'autres facteurs de risque tels que la nutrition, les troubles de la vision, la consommation d'alcool et l'hypotension orthostatique.

↳ *Santé au travail*

Préoccupation régionale

Indicateur	Résultat 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat 2012-2013
Nombre de demandes de services provenant des entreprises ou de la CSST et traitées par le réseau régional de santé publique en santé au travail (RRSPSAT)	142	126	149
Nombre de demandes reçues au programme Maternité sans danger et traitées par le RRSPSAT	905	954	942
Nombre de radiographies pulmonaires effectuées dans le cadre du Règlement sur la santé pulmonaire des travailleurs de mines	1 544	1 400	2 185
Nombre de visites d'appréciation préalables effectuées auprès de nouvelles entreprises pour évaluer la nécessité de réaliser un programme de santé spécifique	24	67	67

Commentaires

Le programme Santé au travail, qui tire ses origines de la Loi sur la santé et la sécurité du travail, vise à soutenir les milieux de travail dans leurs obligations en matière de prévention et de protection de la santé des travailleurs. Le RRSPSAT, sous la responsabilité du directeur de santé publique, contribue à l'actualisation du programme. Une entente annuelle de gestion et d'imputabilité lie la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) et l'Agence.

Ainsi, le directeur de santé publique compte sur le concours des ressources d'une équipe régionale de même que d'intervenants locaux sous la gouverne du CSSS du Témiscamingue et du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James pour les territoires de Matagami et de Lebel-sur-Quévillon. Les activités du programme Santé au travail s'échelonnent sur une année civile.

Pour 2012, les cibles fixées à l'intérieur de l'entente de gestion et d'imputabilité ont été atteintes à près de 70 %.

Soulignons enfin le succès obtenu par le 24e Colloque régional en santé et sécurité au travail. Cette activité annuelle, organisée en partenariat entre le RRSPSAT et la CSST, est un évènement incontournable de promotion de la santé et de la sécurité au travail auprès des employeurs et des travailleurs de la région. Près de 550 personnes ont participé à l'une ou l'autre des deux journées du colloque.

↳ *Santé environnementale*

Préoccupation régionale

L'équipe en santé environnementale assure à la fois des activités de prévention et de protection de la santé. La prévention s'orchestre autour d'activités de sensibilisation de la population aux effets que peut entraîner la présence de contaminants chimiques, physiques ou biologiques dans leur environnement, ainsi qu'aux moyens à déployer pour limiter les effets de ces contaminants sur la santé. La protection de la santé est assurée par des activités de surveillance de paramètres environnementaux ciblés ou par des suivis réalisés lors de signalement d'intoxication ou autres problématiques de santé environnementale.

Pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue, assurer un soutien d'expertise en santé environnementale signifie :

- ↳ poursuivre les activités de surveillance de la qualité de l'air intérieur et extérieur, de l'eau potable, des eaux récréatives, de la contamination des sols résidentiels et des cas d'intoxication à des substances toxiques;
- ↳ sensibiliser la population aux effets causés par une exposition à différentes substances présentant des risques potentiels pour la santé (ex. : arsenic dans l'eau potable, cadmium dans les abats d'orignaux, mercure ou sélénium dans la chair du poisson, radon, amiante ou moisissures dans les maisons, etc.);
- ↳ soutenir techniquement et collaborer avec les CSSS de la région et les municipalités pour les situations d'insalubrité majeure dans un logement ou une habitation;
- ↳ participer aux étapes de la procédure d'évaluation et d'examen des impacts environnementaux de projets d'envergure, dont les projets miniers;

- participer au processus de révision des schémas d'aménagement;
- planifier les interventions lors de situations d'urgence et de catastrophes environnementales;
- documenter les problématiques émergentes et en informer la population;
- répondre aux questions adressées directement à l'Agence par la population.

À ces activités régulières, des mandats liés aux activités suivantes se sont ajoutés cette année :

- échantillonnage bisannuel des sols du quartier Notre-Dame en collaboration avec Xstrata Fonderie Horne;
- poursuite des activités de surveillance et de suivi en lien avec l'exploitation de la mine à ciel ouvert Canadian Malartic;
- analyse de la recevabilité de l'étude d'impact du projet minier nickélifère Dumont à Launay;
- analyse de l'acceptabilité du projet de turboalternateur de Tembec à Témiscaming;
- poursuite des discussions avec la municipalité de Rouyn-Noranda et le CSSS de Rouyn-Noranda afin de conclure une entente de collaboration concernant les situations d'insalubrité morbide dans les habitations;
- mise sur pied d'un réseau de répondants locaux en lien avec le développement durable;

Surveillance de l'état de santé

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Documenter l'état de santé de la population résident en Abitibi-Témiscamingue et certaines problématiques, afin de soutenir les CSSS dans leur mandat de responsabilité populationnelle et également, d'informer la population, les partenaires intersectoriels, les intervenants et les décideurs comme le prescrit la Loi sur la santé publique.

Indicateur	Résultat 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat 2012-2013
Mise à jour continue des indicateurs du Portrait de santé sur le site Web de l'Agence	Dépôt de 123 indicateurs sur le site Web de l'Agence	Mettre à jour les indicateurs en fonction des nouvelles données disponibles	Mise à jour de 80 indicateurs
Réalisation d'un portrait des personnes âgées	6 documents (région et 5 CSSS)	Mise à jour des 6 documents (région et 5 CSSS)	Mise à jour des 6 documents (région et 5 CSSS)
Réalisation et diffusion de fascicules thématiques	4 fascicules	6 fascicules	3 fascicules
Analyse et diffusion de données de l'enquête sur la santé des jeunes au secondaire (EQSJS)	S.O.	Préparation d'un concept de diffusion	Concept choisi : élaboration de fascicules conjointement avec des responsables concernés en promotion et prévention à la Direction de santé publique

Commentaires

Sur l'ensemble des six fascicules thématiques planifiés, trois ont été réalisés et publiés au cours de l'année :

- Poids corporel, perception du poids et recours à divers moyens pour maigrir en Abitibi-Témiscamingue;
- En route... Danger? Portrait statistique des traumatismes routiers en Abitibi-Témiscamingue;
- L'amélioration des milieux de travail en matière de santé et sécurité : les risques psychosociaux liés au travail — Abitibi-Témiscamingue;

Trois autres fascicules sont rédigés et seront diffusés dans les semaines qui suivent la fin de l'exercice :

- Prendre la clé des champs - Situation sur les véhicules hors route – Abitibi-Témiscamingue;
- Artères sous haute pression : un portrait de l'hypertension artérielle en Abitibi-Témiscamingue;
- En avoir le cœur net : les hospitalisations et les décès dus aux maladies cardiovasculaires en Abitibi-Témiscamingue.

En ce qui concerne les données issues de l'Enquête sur la santé des jeunes au secondaire, plusieurs fascicules sont en préparation et portent sur les thèmes suivants : activité physique, alimentation, poids et image corporelle, sexualité, tabagisme et alcool-drogues.

La diffusion des différents documents a été effectuée auprès des décideurs et de divers cadres et intervenants du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que des partenaires intersectoriels concernés. La version électronique de ceux-ci a également été déposée sur le site Web de l'Agence. Enfin, la plupart ont fait l'objet d'une couverture médiatique au plan local ou régional (télévision, radio et journaux).

Services généraux

↳ *Services psychosociaux généraux*

Attente administrative

Objectif de résultats

Améliorer, dans chaque territoire local, l'accès aux services psychosociaux généraux en augmentant le nombre de personnes desservies et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services.

Indicateur	Résultat 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat 2012-2013
Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC)	2 504	2 307	2 775
Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	3,87	3,90	3,80

Commentaires

En 2012-2013, la cible est dépassée en ce qui concerne le nombre d'usagers rejoints et elle est pratiquement atteinte quant à l'intensité des services psychosociaux généraux.

À noter que comme par les années passées, ces résultats ne concernent que la clientèle rejointe par les services individuels. Les CSSS desservent également plusieurs personnes par le biais d'interventions de groupe dans ce programme.

Soutien à l'autonomie des personnes âgées

Certification des résidences privées pour aînés

Attente administrative

Objectif de résultats

Assurer aux résidents des résidences privées pour aînés de la région des services sécuritaires et de qualité en faisant en sorte que les résidences obtiennent et renouvellent leur certification.

Indicateur	Résultat 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat 2012-2013
Nombre de résidences ayant obtenu leur certificat	50	53	50
Nombre de résidences devant renouveler leur certificat	21	0	4

Commentaires

Le projet de loi 16 (2011, chapitre 27), Loi modifiant diverses dispositions législatives en matière de santé et de services sociaux afin, notamment, de resserrer le processus de certification des résidences privées pour aînés, a été sanctionné le 30 novembre 2011.

Le *Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés* qui en découle a été adopté le 13 février 2013 et est entré en vigueur le 13 mars 2013. Les modifications apportées introduisent une définition claire et réservée d'une résidence privée pour aînés. L'arrivée des catégories de critères et de normes, quant à la certification et à l'exploitation d'une telle résidence, amène un resserrement des standards en matière de sécurité, de formation du personnel, de collaboration entre le réseau et ce secteur d'activité, en plus de catégoriser les résidences selon deux types : autonomes ou semi-autonomes.

En 2012-2013, il n'y avait aucune résidence qui requérait un renouvellement de son certificat de conformité. Néanmoins, quatre résidences étaient en processus de renouvellement en 2011-2012 et ont complété leur démarche en 2012-2013 puisque cela n'avait pas été fait au cours de la période financière précédente.

Au cours de l'année, deux résidences privées pour aînés ont mis fin à leurs opérations, quatre ont été certifiées et trois ont amorcé le processus menant à la certification.

L'arrivée, en juillet 2012, d'un inspecteur pour les résidences privées pour aînés a permis d'inspecter 95 % des résidences privées de la région. Ces visites ont également permis de présenter sommairement aux exploitants le contenu de la nouvelle réglementation.

En mars 2013, l'inspecteur est intervenu auprès de l'ensemble des résidences privées afin qu'elles se conforment aux nouvelles normes de la Régie du bâtiment quant aux dispositifs de sécurité ayant trait à la chaleur de l'eau dans les salles de bain des résidences privées.

↳ *Services aux personnes hébergées en milieu substitut*

Attente administrative

Objectif de résultats: Améliorer les soins et les services pour les personnes hébergées en CHSLD en augmentant les heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance et en augmentant les heures travaillées par jour-présence en services professionnels.

Indicateur	Résultat 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat 2012-2013
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	3,48	3,00	3,53
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	0,31	0,23	0,25

Commentaires: Les cibles sont atteintes pour les deux indicateurs et les résultats dépassent les attentes.

↳ *Services dans le milieu de vie*

Attente administrative

Objectif de résultats: Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile en augmentant à 16 % la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie desservie dans la communauté et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services.

Indicateur	Résultat 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat 2012-2013
Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)	4 324	3 187	4 311
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie	35,62	24	38,80

Commentaires: Les services de soutien à domicile pour les personnes en perte d'autonomie rejoignent 19,5 % de la population âgée de 65 ans et plus. Le nombre moyen d'interventions par personne par année a augmenté depuis l'an dernier. Mentionnons que cet indicateur ne tient pas compte des services offerts par le biais d'allocations directes ou par des achats de services auprès d'entreprises d'économie sociale.

Une tournée régionale a été complétée au printemps 2012 afin de mettre à jour les mesures déployées par CSSS pour accroître l'offre de service de soutien à domicile. Ces rencontres ont aussi permis d'échanger sur les difficultés vécues et sur les pistes de solution.

PROGRAMMES DE SOUTIEN

Administration et soutien aux services

Formation Agir auprès de la personne âgée

Attente administrative

Objectif de résultats

Poursuivre le déploiement local de la formation AGIR à l'intention des préposés aux bénéficiaires (PAB)*.

Indicateur	Résultat 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat 2012-2013
Numéros d'ateliers pour lesquels la formation de formateurs a eu lieu	Ateliers : 1, 2, 4, 6, 7, 8	Ateliers : 1 à 8	Ateliers : 1 à 8
Nombre de PAB (jour/personne) formés par atelier :			
Atelier 1	10	Variable selon les CSSS	0
Atelier 2	45		38
Atelier 3	0		69
Atelier 4	67		47
Atelier 5	0		29
Atelier 6	38		17
Atelier 7	81		0
Atelier 8	85		29
Total :	326		229
Nombre de CSSS ayant commencé le déploiement local de la formation auprès des PAB	6/6	5/5	5/5

Commentaires

Le 31 mars 2013 marquait la fin du suivi du déploiement de la formation en région, lequel a débuté en 2009-2010. Le déploiement a été marqué par plusieurs impondérables, notamment la pandémie de 2009 et l'adoption, en 2010, du projet de loi 100 (Loi visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et la réduction de la dette du Québec). En raison de ces facteurs, le plan initial de formation a dû être réaménagé, ce qui a entraîné une diminution du niveau d'intensité du déploiement. Néanmoins, ce sont plus de 1 570 jours-personnes de formation qui ont été donnés aux préposés aux bénéficiaires du réseau de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue* au cours de l'exercice 2009-2010 à 2012-2013.

* Les PAB d'un établissement à vocation régionale (CRDIAT Clair Foyer) ont participé à ces formations.

↳ *Planification de la main-d'œuvre*

Attente administrative

Objectif de résultats

Normaliser les données selon le cadre normatif de la gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre.

Indicateur	Résultat 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat 2012-2013
Nombre d'établissements qui ont normalisé les données selon le cadre normatif de la GPMO	9	9	9

Commentaires

La gestion prévisionnelle de la main d'œuvre vise à fournir les informations les plus fiables possibles sur la situation des ressources humaines d'une organisation. Afin que l'ensemble des partenaires puissent échanger et comparer ces informations, il est essentiel de mettre en place une base commune et normalisée. Les établissements de la région ont tous normalisé leurs données, notamment les titres d'emploi, les centres d'activités et les absences de longue et de courte durée. Plus les données apparaissant dans un portrait de main-d'œuvre sont fiables, plus les actions qui seront entreprises afin de répondre aux besoins seront pertinentes.

Attente administrative

Objectif de résultats

Mettre en œuvre la Stratégie régionale de main-d'œuvre (SRMO) 2009-2015.

Indicateur	Résultat 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat 2012-2013
Actions à entreprendre en 2012-2013 par les comités de travail	10/10 en continu ou terminées	10/10 en continu ou terminées	10/10 en continu ou terminées

Commentaires

Les chargés de projet SRMO des établissements de la région ainsi que la coordonnatrice régionale à l'Agence poursuivent les travaux et les actions déjà amorcés :

- ↳ Offrir des emplois d'été aux étudiants;
- ↳ Assurer la coordination régionale des corridors de stages pour des formations hors région ciblées;
- ↳ Rencontrer les étudiants des secondaires 1 à 5 afin de promouvoir les carrières en santé et services sociaux;
- ↳ Participer aux activités de recrutement hors région;
- ↳ Augmenter le bassin de main-d'œuvre formée en région;
- ↳ Poursuivre les démarches dans le but de développer une identité visuelle régionale en lien avec la stratégie régionale de marketing pour les ressources humaines;
- ↳ Mettre en place un programme régional de soutien financier tripartite visant la répartition des stagiaires – volet social, sur l'ensemble du territoire de la région (hors du lieu d'études et hors de la MRC d'origine);
- ↳ Poursuivre les démarches en lien avec la réalisation d'un projet pilote pour l'attraction et la rétention de psychologues en région;
- ↳ Cibler des dossiers d'optimisation et soutenir leur réalisation;
- ↳ Démarrer une nouvelle cohorte de préparation à la relève-cadre intermédiaire.

Enfin, les actions suivantes seront mises en œuvre l'an prochain :

- ↳ Développer de nouveaux corridors de stages (psychologie et physiothérapie);
- ↳ Bonifier le Programme régional de soutien financier pour l'hébergement de stagiaires provenant de maisons d'enseignement situées hors région;
- ↳ Planifier de nouveaux chantiers à développer en lien avec les objectifs de la SRMO.

Attente administrative

Objectif de résultats

Produire un inventaire régional de la main-d'œuvre (GPMO).

Indicateur	Résultat 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat 2012-2013
Portrait annuel détaillé de la main-d'œuvre selon le modèle prescrit	9	9	9

Commentaires

Les établissements de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue ont procédé à l'élaboration de leur Plan d'action de la main-d'œuvre pour 2012-2013. Celui-ci est en continuité avec la SRMO pour 2009-2015, à laquelle tous les établissements de la région se réfèrent.

Ces plans ont été rédigés en utilisant les données disponibles au 31 mars 2012 dans l'ensemble des établissements de santé et de services sociaux de la région et en fonction de leur Plan prévisionnel des effectifs réalisé et déposé à l'Agence au 30 septembre 2012.

Le Plan d'action prévisionnel de la main-d'œuvre pour 2012-2015 a permis de dresser un portrait de la situation actuelle, mais aussi de préciser les mesures planifiées au cours des prochaines années en matière de rétention, d'attraction, de recrutement, de formation et de promotion. Des stratégies régionales de recrutement sont également en place et concernent l'ensemble des professions du réseau de la santé et des services sociaux, particulièrement celles de la catégorie des techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux (catégorie 4).

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Améliorer la planification et la coordination de la formation pratique (stage).

Indicateur	Résultat 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat 2012-2013
Nombre d'établissements qui se sont engagés dans l'implantation de l'entente de collaboration avec les institutions d'enseignement de la région (stages volet social)	9	9	9
Nombre d'établissements qui se sont engagés dans l'implantation de l'entente de collaboration avec les institutions d'enseignement de la région (stages en soins infirmiers)	5	5	5

Commentaires

En ce qui a trait aux stages du volet *social*, une mesure de soutien aux stages hors du lieu d'études et hors de la MRC d'origine a été mise en place sous forme de projet pilote pour une période de 18 mois.

De plus, un comité de travail lancera un sondage pour recueillir, entre autres, les meilleures pratiques de gestion en ce qui concerne les stages, ainsi que le partage d'outils et de bonnes pratiques entre les établissements.

Pour ce qui est du volet des *soins infirmiers*, nous poursuivons nos démarches afin de proposer des solutions novatrices et favoriser l'utilisation de la pleine capacité d'accueil dans les établissements.

↳ *Recrutement de la main-d'œuvre*

Attente administrative

Objectif de résultats: Contribuer au recrutement, à la rétention et au maintien du personnel du réseau.

Indicateur	Résultat 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat 2012-2013
Participation à des salons de l'emploi selon le calendrier des évènements	5 salons de l'emploi	7 salons de l'emploi	7 salons de l'emploi (à l'extérieur de la région) 2 sorties avec l'équipe de Valorisation A.-T. 18 activités régionales

Commentaires

En septembre 2012, une nouvelle personne a été nommée au Mouvement de la relève d'Amos-région (MRAR) pour représenter le réseau dans ses efforts de recrutement ainsi que dans la promotion des métiers et des professions liés à la santé et aux services sociaux. Ainsi, via cette personne-ressource, la région a été représentée à sept salons de l'emploi à l'extérieur de l'Abitibi-Témiscamingue et à deux sorties avec l'équipe de Valorisation Abitibi-Témiscaminque lors de sa tournée *L'Abitibi-Témiscamingue débarque en ville* (visites des maisons d'enseignement des régions de Montréal et Québec).

Par ailleurs, 18 activités ont pu être organisées dans les écoles secondaires, le Cégep de l'Abitibi-Témiscaminque et l'UQAT. Au total, plus de 192 curriculum vitae d'étudiants ont été recueillis, tant lors des activités hors région que lors de celles en région.

↳ *Programme d'amélioration des conditions d'exercice des cadres*

Préoccupation régionale

Objectif de résultats: Recentrer le rôle des cadres clinico-administratifs sur le travail managérial et clinique.

Indicateur	Résultat 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat 2012-2013
Nombre de cadres qui perçoivent une augmentation de la quantité de temps de présence au personnel	9/43 (21 %)	À augmenter	21/56 (38 %)
Nombre de cadres qui perçoivent une augmentation de la qualité de présence au personnel	16/43 (37 %)	À augmenter	21/56 (38 %)
Nombre de cadres qui perçoivent une diminution de la charge de gestion administrative du personnel	3/43 (7 %)	À augmenter	8/56 (14 %)
Nombre de cadres qui perçoivent une diminution de la charge de travail compensatoire	2/43 (5 %)	À augmenter	12/56 (21 %)
Nombre de cadres qui perçoivent une diminution du temps passé en réunion par les cadres	14/43 (33 %)	À augmenter	20/56 (36 %)

Indicateur	Résultat 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat 2012-2013
Nombre de cadres qui sont satisfaits de leurs conditions d'exercice	13/43 (30 %)	À augmenter	21/62 (34 %)

Commentaires

Les résultats présentent la perception des cadres participant au projet régional regroupant les CSSS des Aurores-Boréales, Les Eskers de l'Abitibi, de Rouyn-Noranda et du Témiscamingue. Les données de chaque CSSS ont été regroupées puisque les cadres ont répondu au même questionnaire, à l'exception du CSSS de Rouyn-Noranda, en 2011-2012. C'est pour cette raison que le nombre total de répondants est plus bas cette année-là. Les résultats ont été rapportés en pourcentage pour faciliter l'analyse. D'ailleurs, il ressort que les cibles ont toutes été atteintes, car le pourcentage de cadres a augmenté partout. Cependant, il ne s'agit pas d'une hausse marquée pour tous les indicateurs. De plus, les résultats détaillés indiquent qu'une part des cadres voit encore peu d'impacts du programme sur leurs conditions d'exercice. Une troisième mesure d'impact est prévue pour l'hiver 2014, avec le même questionnaire.

Préoccupation régionale

Objectif de résultats

Renforcer les capacités régionales en transfert de connaissances.

Indicateur	Résultat 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat 2012-2013
Nombre d'activités régionales de transfert de connaissances	18	10/année	35

Commentaires

La cible pour cet objectif est dépassée puisque plus de dix activités ont eu lieu à travers la région. Parmi les activités formelles qui ont favorisé le transfert de connaissances, mentionnons deux ateliers régionaux dédiés au transfert interétablissements ainsi qu'une journée de formation régionale en mai 2013. Pensons aussi aux nombreuses rencontres en comité afin de coordonner les travaux, mais aussi pour partager les expériences, des documents utiles et des idées.

Enfin, il est important de souligner qu'une bonne part des résultats du Programme d'amélioration des conditions d'exercice des cadres est qualitative. L'analyse de cette portion de la mesure permettra de contextualiser et d'expliquer ces résultats plus en détail. D'ailleurs, cette interprétation sera présentée dans un rapport final de projet qui sera déposé au MSSS à l'été 2013.

Ressources informationnelles

Dossier Santé Québec

Attente administrative

Objectif de résultats: Appliquer les démarches de planification du Dossier Santé Québec.

Indicateur	Résultat 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat 2012-2013
Réalisation de travaux préalables au DSQ et arrimage au DCI et DMÉ	Suivre les travaux de l'équipe provinciale DSQ	Suivre les travaux de l'équipe provinciale DSQ	La région a suivi le calendrier de déploiement du MSSS

Commentaires: La région a mandaté un chargé de projet DSQ qui s'emploie à mettre en place les conditions préalables à la venue du DSQ, notamment le rehaussement des systèmes sources (laboratoire, imagerie, index patient, etc.), le séquencement et la coordination des activités avec les équipes cliniques et techniques, l'appropriation des normes et standards cliniques, etc. Le projet DSQ en région est arrimé aux projets de DCI qui seront déployés dans les établissements de la région, ainsi qu'au projet de DMÉ, implanté prochainement dans les cliniques médicales et les GMF.

Dossier clinique informatisé

Attente administrative

Objectif de résultats: Positionnement régional au niveau des DCI.

Indicateur	Résultat 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat 2012-2013
Procéder à l'analyse de préfaisabilité concernant l'acquisition et la mise en œuvre d'une solution de DCI pour tous les établissements de la région	S.O.	Établir un positionnement régional au niveau des DCI	Les travaux de préfaisabilité ont été réalisés et le projet DCI a été priorisé dans le plan annuel des ressources informationnelles 2013-2014

Commentaires: Le DCI constitue l'une des priorités régionales d'informatisation, recommandée par le comité directeur clinique des ressources informationnelles et soutenue par les directeurs généraux de tous les établissements de la région. Ce projet a été inscrit à la planification triennale des projets et activités en ressources informationnelles pour 2013-2014 et s'amorcera normalement à compter de la prochaine année, sous réserve de son approbation par le MSSS.

↳ *Gouvernance et planification en ressources informationnelles*

Attente administrative

Objectif de résultats

Mettre en place les mécanismes de planification, de gouvernance et de reddition de comptes en ressources informationnelles.

Indicateur	Résultat 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat 2012-2013
Revoir la gouvernance régionale en ressources informationnelles	S.O.	Révision des mandats des comités	Réalisé
Produire l'état de santé des projets de 100 000 $ et plus	S.O.	10/10 établissements Juin 2012	10/10 établissements Juin 2012
Produire et approuver une planification triennale des projets et activités en ressources informationnelles (PTPARI) pour 2013 à 2016	S.O.	10/10 établissements Décembre 2012	10/10 établissements Décembre 2012
Produire et faire approuver par le conseil d'administration le PARI de l'Agence pour 2013-2014	S.O.	Agence 15 mai 2013	Agence 29 mars 2013
Analyser et recommander les PARI des établissements de la région pour 2013-2014	S.O.	9/9 établissements	9/9 établissements

Commentaires

Les travaux de révision de la gouvernance informatique régionale ont été menés en 2012-2013 avec la création du CGRRI composé de tous les directeurs généraux des établissements de la région et des cadres supérieurs concernés à l'Agence. Un nouveau comité directeur clinique des ressources informationnelles a également été formé afin de conseiller les décideurs quant à la pertinence clinique des investissements en ressources informationnelles.

En matière de planification stratégique, le plan directeur régional en ressources informationnelles a été remplacé cette année par la planification triennale (PTPARI) et les plans annuels (PARI), désormais exigés par le MSSS depuis l'adoption du projet de loi 133 par l'Assemblée nationale du Québec.

↳ *Informatisation des groupes de médecine de famille*

Attente administrative

Objectif de résultats: Déploiement du DMÉ.

Indicateur	Résultat 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat 2012-2013
Proportion des GMF informatisés et disposant de toutes les fonctionnalités prévues	100 %	100 % (7/7)	100 % (7/7)
Déploiement de DMÉ dans les GMF de la région	Mobilisation des GMF	Déploiement des DMÉ dans tous les GMF de la région	Le choix du DMÉ est revu par les GMF. Une solution d'alimentation des DMÉ est en cours d'élaboration

Commentaires: Des travaux importants ont été réalisés en 2012-2013 par les GMF, les établissements et l'Agence concernant le déploiement éventuel des DMÉ dans les cliniques médicales de la région. Des travaux d'analyse se sont échelonnés tout au long de l'année afin de bien mesurer les impacts relatifs à l'implantation des DMÉ. Ces travaux ont permis d'identifier différents scénarios concernant l'acheminement de résultats et autres données cliniques dans les éventuels DMÉ. L'Agence a inscrit ce projet dans son PARI pour l'année 2013-2014.

↳ *Maintien des actifs informationnels*

Attente administrative

L'Agence soutient l'ensemble des établissements du réseau dans la planification du remplacement des postes informatiques, dans le respect du plan triennal. Cette année, les établissements ont été appelés à limiter leurs acquisitions pour des postes informatiques et des serveurs, de manière à investir davantage pour la mise en place de bureaux virtuels des intervenants et pour l'optimisation des centres de traitement informatique. L'objectif de ces deux projets consiste à réduire les coûts d'opération associés à la gestion du parc informatique par une meilleure utilisation de la virtualisation des infrastructures (clients légers).

↳ *Regroupement de centres de traitement informatique*

Attente administrative

Objectif de résultats

Amorcer le projet d'optimisation des centres de traitement informatique.

Indicateur	Résultat 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat 2012-2013
Préparation des locaux des deux centres de traitement régionaux	Choix des 2 centres de traitement	Réaliser la préparation des 2 centres de traitement	Travaux en cours dans les 2 centres (à compléter en 2013-2014)
Préparation d'un catalogue de services informatiques	S.O.	Réaliser un catalogue de services informatiques	Complété
Amorcer la migration d'actifs informationnels dans les deux centres de traitement	S.O.	Amorcer la migration	En cours

Commentaires

Le projet de regroupement des centres de traitement informatique fait partie des priorités régionales inscrites dans la planification triennale 2013-2016. Quelques comités régionaux ont été mis en place afin d'amorcer la prise en charge d'actifs informationnels à régionaliser et à héberger dans les deux centres de traitement choisis. Un comité de travail a été constitué afin d'élaborer un catalogue de services informatiques, décrivant les principales lignes de services, les rôles, les responsabilités et les exigences associés aux actifs informationnels supportés.

Gestion des bâtiments

Programmes fonctionnels et techniques

Préoccupation régionale

La Direction des ressources financières et matérielles analyse et recommande les programmes fonctionnels et techniques (PFT) des établissements concernés.

PFT du CSSS du Témiscamingue — Pavillon Sainte-Famille : À la suite de l'annonce ministérielle faite le 11 novembre 2011, les appels d'offres concernant les services professionnels ont été effectués par la Société immobilière du Québec (SIQ). Les professionnels (architectes et ingénieurs) ont été choisis. Les professionnels ont établi, en étroite collaboration avec la SIQ et l'établissement, le concept du projet. Le concept final ainsi que l'évaluation des coûts seront présentés en mai 2013.

PFT du CSSS Les Eskers de l'Abitibi : Le PFT a été transmis au MSSS en mai 2011. En 2012-2013, une équipe du MSSS a rencontré l'équipe de direction du CSSS Les Eskers de l'Abitibi afin d'éclaircir certains points du PFT. À la suite de cette visite, des commentaires ont été émis et des questionnements ont été transmis au CSSS Les Eskers de l'Abitibi. Les recommandations du MSSS seront déposées en 2013-2014.

PFT du CSSS des Aurores-Boréales — Pavillon Macamic — volet hébergement : La SIQ a remis son rapport de recommandations le 30 mars 2012. Ce rapport a été élaboré à partir du PFT révisé transmis au MSSS en juillet 2010 et de la visite du bâtiment effectuée par les experts de la SIQ.

Développement d'un service de radiothérapie : Le 21 mars 2012, la région a reçu l'autorisation ministérielle d'amorcer l'élaboration d'un dossier de présentation stratégique pour le développement de ce service au CSSS de Rouyn-Noranda. Le coût du projet étant estimé à plus de 40 millions de dollars, il est assujetti à la Politique-cadre sur la gouvernance des grands projets d'infrastructure publique et se fait en étroite collaboration avec Infrastructure Québec. Des rencontres entre le CSSS de Rouyn-Noranda, l'Agence et Infrastructure Québec ont eu lieu au cours de l'année afin d'élaborer le dossier de présentation stratégique, qui constitue la première étape de ce projet.

Section 3

Organismes communautaires subventionnés par l'Agence

RESPECT DES REGLES ET DES NORMES EDICTEES PAR LE MSSS

Pour l'année 2012-2013, 142 organismes communautaires ont été subventionnés par l'Agence. De ce nombre, 120 organismes communautaires œuvrant principalement en santé et services sociaux ont été financés en soutien à leur mission globale pour un total de 11 737 703 $, soit une augmentation de 336 882 $ par rapport à 2011-2012.

Le montant total d'indexation versé durant l'année pour l'ensemble des organismes communautaires est de 312 122 $.

L'Agence a également investi un total de 2 084 049 $ pour la réalisation d'ententes pour des activités spécifiques, la réalisation de projets et du soutien ponctuel à des organismes.

Chaque année, les organismes communautaires reconnus et financés en santé et services sociaux doivent fournir à l'Agence diverses informations en guise de reddition de comptes selon les critères établis par le MSSS dans le cadre du PSOC. L'Agence a assuré la vérification de ces renseignements, a évalué la concordance entre la mission, les activités offertes à la population et le soutien budgétaire accordé, et a offert un soutien lorsque nécessaire.

En plus du suivi de gestion des organismes communautaires, l'Agence effectue diverses activités en continu auprès des organismes :

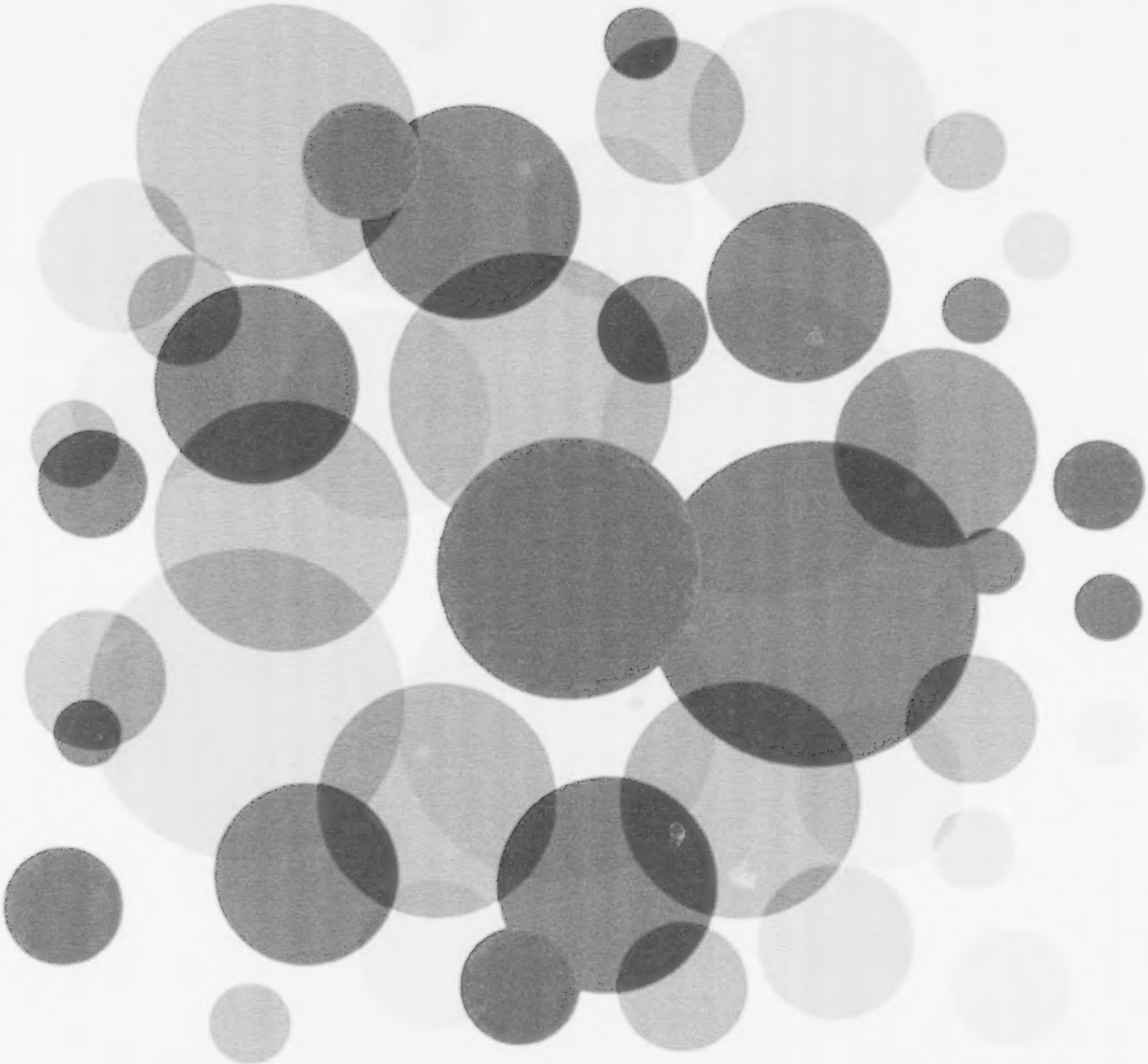
- Analyse de quatre demandes de reconnaissance provenant d'organismes communautaires en santé et services sociaux;
- Soutien à la création de liens significatifs avec les CSSS;
- Analyse d'une quinzaine de demandes de soutien financier ponctuel;
- Soutien et accompagnement auprès des organismes communautaires en difficulté;
- Poursuite des mécanismes de concertation avec les organismes communautaires dans le cadre du comité de partenariat.

Finalement, au cours de l'année 2012-2013, la Convention de soutien financier a été mise en place, ce qui vient formaliser, pour toutes les régions du Québec, le soutien financier offert par l'Agence, et ce, pour trois ans.

CONCERTATION RÉGIONALE

Le comité de partenariat s'est réuni à quatre reprises durant l'année 2012-2013. Il est composé de personnes représentant les organismes communautaires, les établissements du réseau et l'Agence. La signature d'une Déclaration d'intention a eu lieu en juin 2012, occasion pour ses signataires de réitérer l'importance des rapports harmonieux afin que les collaborations de chacun soient enrichissantes.

Le bottin des organismes communautaires est mis à jour en continu et l'Agence s'assure de sa diffusion dans leréseau de la santé et des services sociaux de la région.



Section 4

Données financières

SITUATION FINANCIÈRE DE L'AGENCE

Rapport de la direction

Le rapport financier annuel du 31 mars 2013, lequel inclut les états financiers, a été complété par la direction de l'Agence qui est responsable de sa préparation et de sa présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôle interne qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que toutes les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire de l'information financière et non financière fiable.

La direction a vu à ce que toutes les pages du formulaire AS-475 (copie papier) et le fichier de format prescrit du rapport financier annuel du 31 mars 2013 transmis au MSSS soient identiques. De plus, elle s'est assurée du respect des concordances applicables à l'Agence.

La direction reconnaît qu'elle est responsable de gérer les affaires de l'Agence conformément aux lois et règlements qui la régissent.

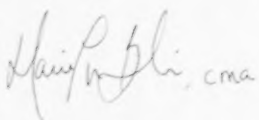
Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et non financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Les états financiers, inclus sous la section auditée du rapport financier annuel, ont été audités par l'auditeur dûment mandaté pour se faire conformément aux Normes canadiennes d'audit. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. L'auditeur peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Le président-directeur général,

Jacques Boissonneault

La directrice des ressources financières et matérielles,



Marie-Lyne Blier

Rapport du vérificateur sur les états financiers condensés

Raymond Chabot Grant Thornton

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Raymond Chabot Grant Thornton
S.E.N.C.R.L.
50, avenue Dallaire
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 4S7

Téléphone : 819 762-1714
Télécopieur : 819 762-3306
www.rcgt.com

Aux membres du conseil d'administration de
l'Agence de la Santé et des services sociaux
de l'Abitibi-Témiscamingue

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent le bilan au 31 mars 2013 et les états des résultats et les états des soldes de fonds pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités de l'Agence de la Santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue pour l'exercice terminé le 31 mars 2013. Nous avons exprimé une opinion sans réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 12 juin 2013 (voir ci-dessous).

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités de l'Agence de la Santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2013-013 (03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de l'Agence de la Santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue pour l'exercice terminé le 31 mars 2013 constituent un résumé fidèle de ces états

financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2013-013 (03.01.61.19) publiée par le MSSS.

Les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de l'Agence de la Santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue au 31 mars 2013 ainsi que des résultats de ses activités et de la variation du solde de fonds pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Référentiel comptable et restriction à l'utilisation

Notre rapport d'audit sur les états financiers audités, daté du 12 juin 2013, contenait un paragraphe dans lequel nous attirions l'attention sur la note des états financiers décrivant le référentiel comptable appliqué. Les états financiers audités ont été préparés dans le but d'aider l'Agence de la Santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue à répondre aux exigences en matière d'information financière du MSSS. En conséquence, il est possible que ces états financiers ne puissent se prêter à un usage autre. Étant donné que les états financiers résumés sont tirés des états financiers audités, il est également possible qu'ils ne puissent se prêter à un usage autre. Notre rapport est destiné uniquement à l'Agence de la Santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue et au MSSS et ne devrait pas être utilisé par d'autres parties.

Raymond Chabot Grant Thornton S.E.N.C.R.L.

Rouyn-Noranda
Le 12 juin 2013

Tableau 18 : Fonds d'exploitation - État des résultats - Exercice terminé le 31 mars 2013

		Activités principales		Activités accessoires	
		2012-2013 $	2011-2012 $	2012-2013 $	2011-2012 $
REVENUS DE SUBVENTIONS DU MSSS					
Budget signifié	01	6 641 198	6 598 317	115 253	142 357
(Diminution) ou augmentation du financement (cf. P. 290)	02	200 146	90 393	13 978	
Variation des revenus reportés – MSSS	03	(159 044)	114 825		
Variation de la subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	04	10 327	5 735		
Total Subventions MSSS (L.01 à L.04)	05	6 692 627	6 809 270	129 231	142 357
AUTRES REVENUS					
Revenus de placements	06	18 588	19 244		
Revenus de type commercial	07	xxxx	xxxx		
Revenus d'autres sources :					
Ventes de services et recouvrements	08	99 042	105 629		
Subventions du Gouvernement du Canada	09				
Autres revenus (cf. P. 290-1)	10	179 650	181 830	39 374	50 000
Total des revenus (L.05 à L.10)	11	6 989 907	7 115 973	168 605	192 357
CHARGES					
Salaires	12	3 826 060	3 903 225		
Avantages sociaux	13	1 075 151	865 544		
Charges sociales (cf. P.290-1)	14	561 907	542 588		
Frais de déplacement et de représentation et dépenses C.A.	15	263 416	258 350	xxxx	xxxx
Services achetés (cf. P.290-2)	16	388 627	364 060	137 110	177 234
Publicité et communication	17	176 867	186 884		97
Loyers	18	297 220	293 138	686	423
Location d'équipement	19	51 948	51 955		
Fournitures de bureau	20	40 295	56 471		
Dépenses de transfert (cf. P.290-3)	21	158 699	216 239		
Entretien et réparations	22				
Frais financiers	23				
Créances douteuses	24				
Autres charges	25	58 237	127 565	30 736	
Charges extraordinaires	26	xxxx	xxxx		
Total des charges (L.12 à L.26)	27	6 898 427	6 866 019	168 532	177 754
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.11 – L.27)	28	91 480	249 954	73	14 603

Renseignement à titre informatif seulement

Contributions de l'avoir-propre (+)	29				
Transfert interfonds - En provenance					
de Fonds affectés (+)	30	8 478		xxxx	xxxx
du Fonds des activités régionalisées (+)	31	34 594	38 041	xxxx	xxxx
du Fonds de stationnement (+)	32				
Transfert interfonds - Affectations					
au Fonds d'immobilisations (-)	33	(27 583)	(19 122)		
au Fonds de stationnement (c/a 8610) (-)	34	xxxx	xxxx		
à d'autres fonds (-)	35	(1 845)	(1 044)		
Surplus (Déficit) de l'exercice après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds (L.28 à L.35)	36	105 124	267 829	73	14 603

Note : Données extraites de la page 200 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2012-2013.

Tableau 19 : Fonds des activités régionalisées - État des résultats - Exercice terminé le 31 mars 2013

		2012-2013 $	2011-2012 $
REVENUS			
Crédits régionaux destinés aux établissements	01	2 156 604	1 825 693
Variation des revenus reportés – MSSS	02	76 084	210 924
Variation de la subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	03		
FINESSS	04		
Contributions des établissements (cf. P.291)	05	127 878	
Revenus de placements	06	24 461	23 580
Revenus d'autres sources :			
Ventes de services et recouvrements	07	5 776	14 123
Subventions du Gouvernement du Canada	08		
Autres revenus (cf. P.291)	09	377 465	372 138
Total des revenus (L.01 à L.09)	10	2 768 268	2 446 458
CHARGES			
Salaires	11	502 780	546 485
Avantages sociaux	12	134 997	133 222
Charges sociales – Fonds des services de santé (FSS)	13	27 327	22 257
Charges sociales – autres	14	52 085	58 808
Frais de déplacement et de représentation	15	73 927	53 631
Services achetés (cf. P.291-1)	16	1 052 410	1 029 189
Publicité et communication	17	7 601	13 019
Loyers	18	9 368	2 802
Dépenses de transfert (cf. P.291-1)	19	680 920	220 259
Fournitures de bureau	20	111 747	61 227
Entretien et réparations	21	1 672	
Créances douteuses (cf. 291-2)	22		
Autres charges (cf. P.291-2)	23	133	8 323
Total des charges (L.11 à L.23)	24	2 654 967	2 149 222
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.10 – L.24)	25	113 301	297 236

Renseignement à titre informatif seulement

Contributions de l'avoir-propre (+)	26		
Transferts interfonds – En provenance			
du Fonds d'exploitation (+)	27	1 246	723
du Fonds des activités régionalisées (+)	28		2 740
de Fonds affectés (+)	29	23 530	60 669
Transferts interfonds - Affectations			
au Fonds d'exploitation (-)	30	(34 594)	(38 041)
au Fonds des activités régionalisées (-)	31		(2 740)
à des fonds affectés (-)	32	(500)	
au Fonds d'immobilisations (-)	33	(81 379)	(45 091)
Autres transferts interfonds	34		
Surplus (Déficit) de l'exercice, après contributions de l'avoir propre et transfert Interfonds (L.25 à L.34)	35	21 604	275 496

Note : Données extraites de la page 201 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2012-2013.

Tableau 20 : Fonds d'immobilisations - État des résultats - Exercice terminé le 31 mars 2013

		2012-2013 $	2011-2012 $
REVENUS			
Ministère de la Santé et des Services sociaux :			
Subvention pour le remboursement de la dette-capital	01	547 939	659 046
Subvention pour le remboursement de la dette-intérêts	02	947 441	1 136 240
Autres subventions	03		
Revenus de placements	04		
Gain sur disposition d'immobilisations	05		
Amortissement des revenus reportés :			
Subventions du Gouvernement du Canada (cf. P.389)	06		
Autres contributions et dons (cf. P.292)	07		
Autres revenus (cf. P.292)	08		
Total des revenus (L.01 à L.08)	09	1 495 380	1 795 286
CHARGES			
Frais financiers :			
Intérêts sur emprunts temporaires et sur la dette (cf. P.366)	10	949 335	1 138 443
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	11		
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	12	15 137	12 245
Dépenses d'immobilisations non capitalisées			
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	75 000	75 000
Services achetés (cf. P.292-1)	14		
Entretien et maintien des actifs	15	77 226	118 394
Autres charges non capitalisées (cf. P.292-1)	16		
Amortissement des immobilisations	17	297 816	383 325
Pertes sur disposition d'immobilisations	18		112 207
Total des charges (L.10 à L.18)	19	1 414 514	1 839 614
SURPLUS (DÉFICIT) (L.09 – L.19)	**20**	80 866	(44 328)

Renseignement à titre informatif seulement : Contributions

Contributions en provenance du :			
Fonds d'exploitation-activités principales (+)	21	27 583	19 122
Fonds d'exploitation-activités accessoires complémentaires (+)	22		
Fonds d'exploitation-activités accessoires commerciales (+)	23		
Fonds des activités régionalisées (+)	24	81 379	45 091
Fonds affectés (+)	25	40 162	38 215
Fonds de stationnement (+)	26		
Contributions affectées à d'autres fonds (-)	27	(50 922)	(58 100)
Surplus (Déficit) de l'exercice, après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds (L.20 à L.27)	28	179 068	

Note : Données extraites de la page 202 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2012-2013.

Tableau 21 : Fonds d'exploitation - État des soldes de fonds - Exercice terminé le 31 mars 2013

		Activités principales $	Avoir propre $	Exercice courant (C.1 + C.2) $	Exercice précédent $
		1	2	3	4
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	249 954	1 001 846	1 251 800	969 368
ACTIVITÉS PRINCIPALES :					
Surplus (Déficit) de l'exercice des activités principales (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre)	02	91 480		91 480	249 954
Transferts interfonds – En provenance					
de Fonds affectés (préciser) (+) (note 2-01)	03	xxxx	8 478	8478	
du Fonds des activités régionalisées (note 2-02) (+)	04	xxxx	34 594	34 594	38 041
du Fonds de stationnement (préciser) (+)	05	Xxxx			
Transferts interfonds - Affectations					
du Fonds d'immobilisations (-)	06	xxxx	(27 583)	(27 583)	(19 122)
à d'autres fonds (préciser) (-) (note 2-03)	07	xxxx	(1 845)	(1 845)	(1 044)
ACTIVITÉS ACCESSOIRES					
Surplus (Déficit) de l'exercice des activités accessoires (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre)	08	xxxx	73	73	14 603
Transferts interfonds – En provenance					
du Fonds de stationnement (+)	09	xxxx			
Transferts interfonds – Affectations					
du Fonds d'immobilisations (-)	10	xxxx			
du Fonds de stationnement (c-a 8610) (-)	11	xxxx			
à d'autres fonds (préciser) (-)	12	xxxx			
AUTRES ÉLÉMENTS					
Libération de surplus	13				
Contributions de l'avoir propre aux autres fonds (préciser)	14	xxxx			
Autres (cf. Page 268)	15				
Variation de l'exercice (L.02 à L.15)	16	91 480	13 717	105 197	282 432
Redressements demandés par le MSSS (préciser)	17				
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.16 + L.17)	18	341 434	1 015 563	1 356 997	1 251 800

Note : Données extraites de la page 250 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2012-2013.

Tableau 22 : Fonds d'immobilisations - Fonds des activités régionalisées - État des soldes de fonds - Exercice terminé le 31 mars 2013

		Fonds d'immobilisations		Fonds des activités régionalisées	
		2012-2013 $	2011-2012 $	2012-2013 $	2011-2012 $
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01			1 787 398	1 511 902
Surplus (Déficit) de l'exercice (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre)	02	80 866	(44 328)	113 301	297 236
Transferts interfonds – En provenance					
du fonds d'exploitation (préciser C.3) (+) (note 2-04)	03	27 583	19 122	1 246	723
du Fonds des activités régionalisées (préciser C.3) (+)	04	81 379	45 091		2 740
de Fonds affectés (préciser C.3)(+) (note 2-05)	05	40 162	38 215	23 530	60 669
du Fonds de stationnement	06			xxxx	xxxx
Transferts interfonds - Affectations					
au Fonds d'exploitation (préciser C.3) (-) (note 2-06)	07	(8 478)		(34 594)	(38 041)
au Fonds des activités régionalisées (préciser C.3) (-)	08	(42 444)			(2 740)
à des Fonds affectés (préciser C.3) (-) (note 2-07)	09		(58 100)	(500)	
au Fonds d'immobilisations (préciser C.3) (-) (note 2-08)	10	xxxx	xxxx	(81 379)	(45 091)
Autres transferts interfonds (préciser) (note 2-09)	11				
Contributions de l'avoir propre (+)	12				
Autres additions (déductions) (préciser)	13			42 444	
Variation de l'exercice (L.02 à L.13)	14	179 068		64 048	275 496
Redressements (préciser)	15				
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.14 + L.15)	16	179 068		1 851 446	1 787 398

Note : Données extraites de la page 251 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2012-2013.

Tableau 23 : Fonds d'exploitation - Fonds des activités régionalisées - Bilan au 31 mars 2013

		Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées	
		2012-2013	2011-2012	2012-2013	2011-2012
		1	2	3	4
ACTIF					
Encaisse	01	1 922 574	1 614 041	2 027 444	2 105 760
Placements temporaires	02				
Débiteurs :					
MSSS (cf. P.295 et P.296)	03	315 325	227 138	181 899	135 266
FINESSS	04	xxxx	xxxx		
Établissements publics (cf. P.295 et P.296))	05	405 909			114 321
Gouvernement du Canada	06				
Créances interfonds (préciser) (note 2.10)	07				
Autres débiteurs (cf. P.295-1 et P.296-1)	08	137 401	474 076	406 935	95 608
Frais payés d'avance	09	15 840	18 593	100 471	38 891
Stocks de fournitures	10				
Subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	11	676 759	709 991	39 650	40 101
Autres éléments d'actif (cf. P.295-1 et P.296-1)	12			12 124	168 174
Total de l'actif (L.01 à L.12)	13	3 473 808	3 043 839	2 768 523	2 698 121
PASSIF					
Découvert de banque	14				11 963
Emprunts temporaires	15				
Intérêts courus à payer	16				
Créditeurs et autres charges à payer					
MSSS (cf P. 295-2 et P.296-2)	17				
Établissements publics (cf. P.295-2 et P.296-2))	18	10 162	17 378		6 612
Dette interfonds (préciser)	19				
Salaires courus à payer	20	517 304	500 723	7 695	7 983
Fonds des services de santé (FSS) à payer	21	17 276	25 782		
Autres créditeurs et charges à payer (cf. P.295-3 et 296-3)	22	577 382	470 447	402 879	247 230
Passif au titre des avantages sociaux futurs (cf. P.221 et 221-1)	23	743 010	673 076	79 483	72 397
Revenus reportés - Gouvernement du Canada	24				
Autres revenus reportés (cf P.345, P.345.1 et P.459)	25	251 677	104 633	427 020	564 538
Dettes à long terme (cf. P.295-3 et P.296-3)	26				
Autres éléments de passif (cf. P.295-3 et P.296-3)	27				
Total du passif (L.14 à L.27)	28	2 116 811	1 792 039	917 077	910 723
SOLDE DE FONDS	29	1 356 997	1 251 800	1 851 446	1 787 398
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.28 + L.29)	30	3 473 808	3 043 839	2 768 523	2 698 121

Note : Données extraites de la page 260 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2012-2013.

Tableau 24 : Fonds d'immobilisations - Bilan au 31 mars 2013

		2012-2013 $ 1	2011-2012 $ 2
ACTIF			
Encaisse	01		
Placements temporaires	02		
Avances de fonds aux agences et aux établissements publics	03	10 184 106	11 823 172
Débiteur :			
MSSS (cf. P.360)	04		
Gouvernement du Canada	05		
Autres éléments (cf. P.297)	06		
Frais payés d'avance	07		
Immobilisations	08	1 549 924	1 515 568
Subvention à recevoir - réforme comptable (cf. P.360)	09	18 725 996	21 352 701
Frais reportés liés aux dettes	10	54 737	69 876
Autres éléments d'actif (cf. P.297)	11		
TOTAL DE L'ACTIF (L.01 à L.11)	12	30 514 763	34 761 317
PASSIF			
Découvert de banque	13	38 335	46 496
Emprunts temporaires (cf. P.367)	14	10 521 004	12 041 807
Intérêts courus à payer (cf. P.366)	15	194 098	194 738
Salaires courus à payer	16		
Fonds des services de santé (FSS) à payer	17		
Créditeurs et autres chartes à payer (cf. P.297-1)	18		
Passif au titre des avantages sociaux futurs (cf. P.221-1)	19		
Avances de fonds en provenance des agences et des établissements publics	20		
Revenus reportés – Gouvernement du Canada (cf. P.389)	21		
Autres revenus reportés (cf. P.389)	22		
Passifs environnementaux	23		
Dettes à long terme (cf. P.367)	24	19 570 134	22 478 276
Autres éléments de passif (cf. P.297-1)	25	12 124	
TOTAL DU PASSIF (L.1s3 à L.25)	26	30 335 695	34 761 317
SOLDE DE FONDS	27	179 068	
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.26 + L.27)	28	30 514 763	34 761 317

Note : Données extraites de la page 261 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2012-2013.

Tableau 25 : Fonds affectés cumulés - Bilan au 31 mars 2013

		2012-2013 $ 1	2011-2012 $ 2
ACTIF			
Encaisse	01	1 687 851	2 029 131
Placements temporaires	02		
Débiteurs :			
MSSS (cf. P.294)	03	1 090 289	510 425
FINESSS	04		(49 873)
Établissements publics (cf. 294)	05		
Gouvernement du Canada	06		
Créances interfonds (préciser)	07		
Autres débiteurs (cf. 294-1)	08	27 111	53 821
Frais payés d'avance	09	164 625	155 581
Subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	10	21 609	21 755
Placements de portefeuilles	11		
Autres éléments d'actif (cf. 294-1)	12		
TOTAL DE L'ACTIF (L.01 à L.12)	13	2 991 485	2 720 840
PASSIF			
Découvert de banque	14		
Emprunts temporaires	15		
Intérêts courus à payer	16		
Créditeurs et autres charges à payer			
Établissements publics (cf. P.294-2)	17		
Organismes	18		
Dettes interfonds (préciser)	19		
Salaires courus à payer	20	4 080	5 592
Fonds des services de santé (FSS) à payer	21		
Autres créditeurs et charges à payer (cf. P.294-2)	22	886 156	659 570
Passif au titre des avantages sociaux futurs	23	32 502	33 207
Revenus reportés – MSSS (cf. 559)	24	9 000	10 000
Revenus reportés – Gouvernement du Canada (cf. 559)	25		
Autres revenus reportés (cf. P.559)	26		5 550
Autres éléments de passif (cf. P.294-2)	27		
TOTAL DU PASSIF (L.14 à L.27)	28	931 738	713 919
SOLDE DE FONDS	29	2 059 747	2 006 921
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.28 + L.29)	30	2 991 485	2 720 840

Note : Données extraites des pages 262 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2012-2013.

Tableau 26 : Fonds affectés cumulés - État des résultats au 31 mars 2013

		2012-2013 $ 1	2011-2012 $ 2
REVENUS			
Subventions MSSS	01	15 001 645	14 266 877
Crédits régionaux	02	285 965	283 876
Variation des revenus reportés – MSSS	03	(4 964)	44 077
Variation de la subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	04		
FINESSS	05	2 250 662	1 924 084
Revenus de placements	06	27 276	35 924
Revenus d'autres sources :			
Subventions Gouvernement du Canada	07		
Autres revenus (cf. P.293)	08	2 359 948	2 320 762
Total des revenus (L.01 à L.08)	09	19 920 532	18 875 600
CHARGES			
Dépenses de transfert (cf. P.293)	10	18 245 981	17 413 585
	11	xxxx	xxxx
Frais financiers	12		
Charges d'exploitation			
Salaires	13	255 713	195 942
Avantages sociaux	14	42 948	24 967
Charges sociales – Fonds des services de santé (FSS)	15	10 024	6 383
Charges sociales – Autres	16	18 423	11 604
Frais de déplacement et de représentation	17	132 818	174 573
Services achetés (cf. P.293-1)	18	108 531	107 960
Location d'équipement	19	90	471
Fournitures de bureau	20	2 576	25 718
Autres charges (cf. P.293-1)	21	988 009	1 325 214
Total des charges (L.10 à L.21)	22	19 805 113	19 286 417
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.09 – L.22)	23	115 419	(410 817)

Note : Données extraites des pages 263 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2012-2013.

Tableau 27 : Fonds affectés cumulés - État des soldes de fonds au 31 mars 2013

		2012-2013 $ 1	2011-2012 $ 2
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	2 006 921	2 458 201
Additions (déductions)			
Surplus (Déficit) de l'exercice	02	115 419	(410 817)
Transferts interfonds – En provenance			
du Fonds d'exploitation (+)	03		
du Fonds des activités régionalisées (+)	04	500	
de Fonds affectés (préciser) (+)	05		
Transferts interfonds - Affectations			
au Fonds d'exploitation (-)	06		
au Fonds des activités régionalisées (-)	07	(23 530)	(60 669)
à d'autres fonds affectés (-)	08		
au Fonds d'immobilisations (-)	09	(40 162)	(38 215)
Autres transferts interfonds (pages 529, 530 et 531)	10	599	58 421
Autres additions (déductions) (préciser)	11		
Variation de l'exercice (L.02 à L.11)	12	52 826	(451 280)
Redressements (préciser)	13		
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.12 + L.13)	14	2 059 747	2 006 921

Note : Données extraites des pages 263 -1 du AS-475 de l'Agence pour l'année financière 2012-2013.

NOTES COMPLÉMENTAIRES AUX ÉTATS FINANCIERS CUMULÉS – EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2013

Note 1 – Statut et nature des opérations

L'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue a été constituée le 1er janvier 2006 en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2). Elle a pour mandat d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

Le siège social de l'Agence est situé au 1, 9e Rue, Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2A9.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

Note 2 – Description des principales conventions comptables

Référentiel comptable

Ce rapport financier annuel est établi conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et des passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

Périmètre comptable

Le périmètre comptable de l'Agence comprend toutes les opérations, activités et ressources qui sont sous son contrôle, excluant tous les soldes et opérations relatifs aux biens en fiducie détenus.

Revenus

Les revenus sont comptabilisés selon la méthode de la comptabilité d'exercice, c'est-à-dire dans l'année au cours de laquelle ont eu lieu les opérations ou les faits leur donnant lieu.

De façon plus spécifique :

Les subventions (transferts) en provenance du MSSS ou d'autres ministères, organismes budgétaires ou de fonds spéciaux du gouvernement du Québec ou du gouvernement du Canada, sont constatées et comptabilisées aux revenus dans l'année financière au cours de laquelle elles sont dûment autorisées par le cédant et que les critères d'admissibilité ont été respectés par l'Agence, sauf lorsque la subvention (transfert) crée une obligation répondant à la définition d'un passif pour l'Agence. Ceci est notamment le cas lorsque la subvention (le transfert) est assortie de stipulations à respecter imposées par le cédant. L'Agence comptabilise alors un revenu reporté qui est amorti au fur et à mesure que les stipulations sont rencontrées.

Les sommes en provenance d'une entité hors du périmètre comptable du gouvernement du Québec sont constatées et comptabilisées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature de la dépense, utilisation prévue ou période pendant laquelle les dépenses devront être engagées). Les sommes reçues avant qu'elles soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité, selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, il est possible de comptabiliser un revenu reporté, si cette entente prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas

spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires.

Dans le cas d'un prêt interfonds, les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

↳ *Autres revenus*

Les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contribution sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement du Québec et ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu, sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception et sont désormais présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

↳ *Charges inhérentes aux ventes de services*

Les montants de ces charges sont déterminés de façon à égaler les montants des revenus correspondants.

↳ *Débiteurs*

Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses.

La dépense pour créances douteuses de l'exercice est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

↳ *Prêts interfonds*

Les prêts interfonds entre le fonds d'exploitation et le fonds d'immobilisations ne comportent aucune charge d'intérêts. Aucuns frais de gestion ne peuvent être chargés par le fonds d'exploitation au fonds d'immobilisations.

↳ *Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts*

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire.

L'escompte et la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

↳ *Dettes à long terme*

Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime.

↳ *Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec*

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations à la charge du gouvernement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations. Cet ajustement est déterminé par l'Agence à son rapport financier annuel.

↳ *Régimes de retraite*

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès.

La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu que l'Agence ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice de l'Agence envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le MSSS et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

↳ *Immobilisations*

Les immobilisations acquises sont comptabilisées au coût. Le coût comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement. Elles sont amorties linéairement en fonction de leur durée de vie utile :

Catégorie	Durée
Bâtiments	20 à 50 ans
Améliorations locatives	Durée restante du bail (max 10 ans)
Équipements de communication multimédia	5 ans
Mobilier et équipement de bureau	5 ans
Équipements médicaux (Agence)	12 ans
Machinerie, mobilier et équipement	10 ans
Développement informatique	5 ans

Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur ne sont pas amorties avant leur mise en service.

↳ *Frais payés d'avance*

Les frais payés d'avance représentent des déboursés effectués avant la fin de l'année financière pour des services à recevoir au cours du ou des prochains exercices financiers.

Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel l'Agence consomme effectivement le service.

↳ *Instruments financiers*

Au 1er avril 2012 est entrée en vigueur la norme comptable de l'Institut canadien des comptables agréés (ICCA) pour le secteur public SP 3450 « Instruments financiers ». Son application implique l'évaluation à leur juste valeur des instruments financiers dérivés et des placements de portefeuille composés d'instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif. La variation annuelle des justes valeurs de ces instruments financiers engendre des gains et pertes non réalisés qui doivent être présentés dans un nouvel état financier appelé État des gains et pertes de réévaluation, jusqu'à leur décomptabilisation par extinction ou par revente. Les autres instruments financiers sont évalués au coût ou au coût après amortissement.

En vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), le MSSS détermine le format du rapport financier annuel applicable aux agences. Pour l'exercice terminé le 31 mars 2013, le MSSS a convenu de ne pas inclure le nouvel état financier requis puisqu'il estime peu ou non probable qu'une entité du réseau de la santé et des services sociaux détienne des instruments financiers devant être évalués à la juste valeur considérant les limitations imposées par la LSSSS en ce sens.

L'Agence ne détient pas au 31 mars 2013 et n'a pas détenu au cours de l'exercice d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur et par conséquent, il n'y a pas de gain ou perte de réévaluation.

↳ *Comptabilité par fonds*

Les agences appliquent également la comptabilité par fonds. Les opérations et les soldes sont présentés dans leurs états financiers respectifs. La comptabilité des agences est tenue de façon à identifier les comptes rattachés à chaque fonds, en respectant les principes et particularités suivants :

- Le fonds d'exploitation regroupe les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires);
- Le fonds d'immobilisations regroupe les opérations relatives aux immobilisations, aux passifs environnementaux, aux dettes à long terme et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations. Les immobilisations acquises pour les activités régionalisées, pour les activités des fonds affectés de l'Agence et pour des établissements privés admissibles sont inscrites directement au fonds d'immobilisations de l'Agence. De plus, les dépenses non capitalisables financées par les enveloppes décentralisées sont présentées aux résultats du fonds d'immobilisations;
- Le fonds des activités régionalisées regroupe les opérations de l'Agence relatives à sa fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiées par les établissements et qu'elle assume dans les limites de ses pouvoirs. Le financement de ces opérations est assuré principalement à partir de crédits normalement destinés aux établissements et gérés sur une base régionale et par les établissements concernés;
- Les fonds affectés sont constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'Agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées;
- Le fonds de santé au travail regroupe les activités reliées à la mise en application des programmes de santé au travail élaborés par la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSSST). Ces programmes visent à maintenir et à promouvoir la santé en milieu de travail. Le financement du fonds est constitué des subventions de la CSST et les activités sont réalisées par l'équipe régionale et les équipes locales.

Dans le contexte de la consolidation, afin d'éviter la comptabilisation en double des revenus et des

dépenses, les transferts interfonds sont comptabilisés directement au solde de fonds des fonds concernés.

Dans le cas du fonds d'exploitation, du fonds des activités régionalisées et du fonds d'immobilisations, ils sont toutefois tenus en compte pour fins de présentation à l'état des résultats de manière à démontrer les résultats avant et après les transferts. Par la suite, ils sont présentés au solde du fonds des fonds concernés.

↳ *Classification des activités*

La classification des activités du fonds d'exploitation de l'Agence tient compte des services qu'elle peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes.

Activités principales :

- Les activités principales regroupent les opérations qui découlent de la fonction que l'Agence est appelée à exercer et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission.

Activités accessoires :

- Les activités accessoires comprennent les fonctions que l'Agence rend, dans la limite de ses objets et pouvoirs, en sus de ses activités principales.
- Les activités accessoires se subdivisent en activités complémentaires et en activités de type commercial.

  Les activités accessoires complémentaires regroupent les opérations qui, tout en constituant

  un apport au réseau de la santé et des services sociaux, découlent des fonctions additionnelles exercées par l'Agence en sus des fonctions confiées à l'ensemble des agences. Les fonds nécessaires à l'autofinancement de ces opérations proviennent du MSSS et des autres ministères.

  Les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les activités de type commercial. Elles ne sont pas reliées directement à l'exercice des fonctions confiées aux agences.

↳ *Centres d'activités*

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des dépenses engagées par l'Agence dans le cadre du fonds d'exploitation et du fonds des activités régionalisées sont regroupées dans des centres d'activités. Chacun de ceux-ci est une entité regroupant des dépenses relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus par l'Agence.

↳ *Avoir propre*

L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.

L'avoir propre d'une agence ne peut être utilisé que pour les fins de la réalisation de la mission selon l'Article 269.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2). Toutefois, son utilisation peut être subordonnée à une approbation du MSSS.

L'utilisation de l'avoir propre ne doit pas avoir pour effet de rendre son solde déficitaire.

Note 3 – Modifications comptables

↳ *Avantages sociaux futurs*

Dans le passé, les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance-salaire n'étaient pas inscrits aux états financiers.

À compter de l'exercice 2012-2013, les passifs ainsi que le financement du MSSS reliés aux obligations relatives aux employés en congé parental et en assurance-salaire sont comptabilisés.

Cette modification comptable, appliquée rétroactivement avec retraitement des données comparatives, a pour effet d'augmenter les postes suivants :

	2013	2012
Subvention à recevoir – MSSS	82 685 $	72 358 $
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	73 631	64 548
Charges-avantages sociaux	9 054	7 810
Subvention – MSSS	10 327	5 735

↳ *Subventions (transferts) gouvernementales*

Au 1er avril 2012, est entrée en vigueur la nouvelle version de la norme comptable traitant de la comptabilisation des paiements de transfert (chapitre SP 3410 du Manuel de l'ICCA pour le secteur public).

En vertu de cette norme, si une agence octroie une subvention, elle doit constater une dépense de transfert dès que celle-ci a été dûment autorisée, en fonction de ses règles de gouvernance, et que les critères d'admissibilité ont été respectés par le bénéficiaire.

Dans le cas où une agence est bénéficiaire d'une subvention (d'un transfert), elle doit constater le revenu de subvention (transfert) dès que celui-ci a été dûment autorisé par le cédant et que les critères d'admissibilité ont été respectés, sauf lorsque le transfert crée une obligation répondant à la définition d'un passif pour l'Agence.

À compter de l'exercice financier 2012-2013, les agences bénéficiaires de subventions (transferts) en provenance de ministères, d'organismes budgétaires ou de fonds spéciaux du gouvernement du Québec ne doivent porter à leurs comptes que la partie de la subvention (du transfert) ayant été dûment autorisée par l'Assemblée nationale pour l'année financière concernée, et ce, à condition qu'elles aient aussi respecté les critères d'admissibilité à ce transfert. L'autorisation de la subvention (du transfert) est obtenue :

- Lors du vote annuel des crédits par l'Assemblée nationale, lorsque les subventions (transferts) proviennent des ministères et des organismes budgétaires;
- Lors du vote annuel de leur budget de dépenses et d'investissements par l'Assemblée nationale, lorsque les subventions (transferts) proviennent des fonds spéciaux.

De même, un compte à recevoir du MSSS (gouvernement du Québec) ne pourra être reconnu que pour la partie exigible de la subvention (du transfert) dûment autorisée, de façon à assurer la concordance entre les comptes du MSSS (gouvernement) et ceux des agences qui bénéficient d'une subvention (d'un transfert).

Par ailleurs, le chapitre SP 3410 précise également qu'une entité bénéficiaire d'un transfert du MSSS (gouvernement) ne peut constater un passif, c'est-à-dire un revenu reporté, que dans la mesure où le transfert lui crée une obligation. Ceci est notamment le cas lorsque le transfert est assorti de stipulations à respecter imposées par le cédant. Si c'est le cas, le revenu reporté comptabilisé doit être diminué au fur et à mesure que les stipulations du transfert sont rencontrées.

Cette modification comptable n'a aucun impact sur les états financiers au 31 mars 2013, ni sur les données comparatives, lesquelles n'ont pas été retraitées, étant donné que la pratique à l'égard de la comptabilisation des revenus reportés est déjà basée sur la présence de stipulations à l'égard de la finalité du financement reçu ou de clauses temporelles.

Subvention à recevoir sur les dettes financées par le gouvernement – réforme comptable

La subvention à recevoir – réforme comptable fait l'objet d'estimations comptables. Au cours de l'exercice, la méthode de calcul utilisée a été révisée relativement à l'ajustement à la subvention à recevoir pour le financement des immobilisations.

Cette modification comptable appliquée prospectivement a pour effet d'augmenter (diminuer) les postes suivants :

	2013
Subvention à recevoir – Immobilisations – Écart de financement – Réforme comptable	39 330 $
Subvention – Gouvernement du Québec	39 330 $
Surplus (déficits) de l'exercice	39 330 $

Note 4 – Présentation des données budgétaires

Conformément à la LSSS (chapitre S-4.2) l'Agence a produit, pour le présent exercice, des prévisions budgétaires de fonctionnement, c'est-à-dire pour les activités principales du fonds d'exploitation. Celles-ci ont été dûment adoptées par le conseil d'administration.

Ces données budgétaires ne sont pas préparées pour le même ensemble d'activités que les données réelles présentées dans le rapport financier annuel, lesquelles incluent également celles des activités accessoires du fonds d'exploitation et celles des fonds d'immobilisations, des activités régionalisées et affectés.

Les prévisions budgétaires des activités principales du fonds d'exploitation sont comparées ci-après aux données réelles correspondantes :

		Réel 1 $	Budget 2 $
PRODUITS			
Subventions du MSSS			
Budget signifié	01	6 641 198	6 452 022
(Diminution) ou augmentation du financement (C.02 : préciser)	02	200 146	43 848
Variation des revenus reportés – MSSS	03	(159 044)	
Ajustement de la subvention à recevoir – Réforme comptable – variation de la provision pour vacances, congés de maladie et fériés	04	10 327	
Total de la subvention du MSSS (L.01 à L.04)	05	**6 692 627**	**6 495 870**
Revenus d'intérêts	06	18 588	3 000
Revenus d'autres sources			
Recouvrement	07	99 042	3 000
Ventes de services	08		67 400
Subvention du gouvernement fédéral	09		
Autres subventions (C.02 : préciser)	10		79 128
Autres revenus (CFP290-1)	11	179 650	10 610
Total des produits (L.05 à L.11)	12	**6 989 907**	**6 659 008**
CHARGES D'EXPLOITATION			
Salaires	13	3 826 060	4 015 809
Avantages sociaux	14	1 075 151	892 928
Charges sociales	15	561 907	551 119
Frais de déplacement et d'inscription et dépenses CA	16	263 416	215 686
Services achetés	17	388 627	276 129
Communications	18	176 867	173 463
Loyer	19	297 220	301 331
Location d'équipement	20	51 948	55 000
Fournitures de bureau	21	40 295	45 000
Transfert à des établissements (C.02 : 290-3)	22	158 699	69 600
Autres frais (C.02 : préciser)	23	58 237	88 187
Charges non réparties	24		
Transfert de frais généraux (C.02 : préciser)	25		
Total des charges d'exploitation et non réparties (L.13 à L.25)	26	**6 898 427**	**6 684 252**
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.12 - L.26)	27	**91 480**	**(25 244)**

Note 5 – Emprunts bancaires

L'Agence est autorisée à emprunter sous forme d'emprunts temporaires afin de pourvoir aux paiements des dépenses effectuées par les établissements publics dans le cadre des enveloppes décentralisées. L'Agence dispose d'autorisations d'emprunts pour des montants totalisant 46 684 117 $ dont un montant de 10 495 117 $ était utilisé au 31 mars 2013.

Pour réaliser ces emprunts temporaires, l'Agence dispose d'une marge de crédit d'appoint autorisée de 100 000 $ portant intérêt au taux préférentiel du prêteur moins 1,1 % (1,9 % au 31 mars 2013) afin de financer la portion de l'encours des emprunts inférieure à 100 000 $.

De plus, l'Agence dispose d'autorisations d'emprunts à court terme par voie d'acceptations bancaires. Ces emprunts portent intérêt au taux des acceptations bancaires majoré de 0,3 % (1,52 % au 31 mars 2013) afin de financer la portion de l'encours des emprunts excédant 100 000 $.

L'Agence dispose également d'emprunts temporaires sous forme de billets à escompte afin de financer temporairement des projets issus des enveloppes décentralisées, des dettes à long terme venant à échéance et en attente de refinancement, des projets d'immobilisations et des besoins de liquidités liées au fonds d'exploitation.

Ces billets à escompte d'un montant autorisé de 25 887 $ qui évolue en fonction des autorisations ministérielles, portent intérêt au taux des acceptations bancaires à un mois majoré de 0,05 % (1,27 % au 31 mars 2013). Au 31 mars 2013, le montant autorisé de 25 887 $ est utilisé au complet afin de financer des projets issus des enveloppes décentralisées.

Note 6 – Opérations entre apparentés

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'Agence est apparentée avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis, soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec.

L'Agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement au rapport financier annuel.

Note 7 – Analyse financière

L'Agence n'a pas reçu l'analyse financière de l'exercice 2011-2012.

1-01 État cumulé des flux de trésorerie p. 154, L.14, c.02	**2011-2012**
Chèques en circulation p. 810. L.03, c.6 du AS-475 2011-2012	45 196 $

SITUATION FINANCIÈRE DES ÉTABLISSEMENTS

Budget net de fonctionnement

L'exercice financier 2012-2013 s'est soldé par un surplus régional de 172 184 $.

En 2012-2013, quatre CSSS présentent un déficit. En ce qui concerne deux de ces établissements, le déficit est comblé par l'avoir propre. Pour les autres CSSS déficitaires, des mesures sont mises en place pour le retour à l'équilibre budgétaire.

Tableau 28 : Budget net de fonctionnement - Excédent ou (déficit) au 31 mars 2013

ÉTABLISSEMENTS	Budget net de fonctionnement		Excédent (déficit) du Fonds d'exploitation*	
	2012-2013 $	2011-2012 $	2012-2013 $	2011-2012 $
CSSS				
CSSS Les Eskers de l'Abitibi	57 312 473	55 250 832	(72 436)	(1 124 661)
CSSS des Aurores-Boréales	44 739 387	43 920 454	817 736	236 686
CSSS de Rouyn-Noranda	73 152 258	71 074 900	56 596	364 410
CSSS de la Vallée-de-l'Or	79 035 409	78 072 222	(3 187 004)	(1 741 356)
CSSS du Témiscamingue	33 719 385	33 388 487	(495 557)	149 664
SOUS-TOTAL	**287 958 912**	**281 706 895**	**(2 880 665)**	**(2 115 257)**
CRPDI – CRPDP - CRPAT				
CRDIAT Clair Foyer	22 556 658	20 294 497	203 802	299 500
CR La Maison	11 190 345	10 864 268	833 318	133 963
Centre Normand	2 679 417	2 700 858	84 518	3 799
SOUS-TOTAL	**36 426 420**	**33 859 623**	**1 121 638**	**437 262**
CPEJ - CRJDA				
Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue	26 794 591	23 586 239	1 931 211	2 614 738
SOUS-TOTAL	**26 794 591**	**23 586 239**	**1 931 211**	**2 614 738**
TOTAL RÉGIONAL	**351 179 923**	**339 152 757**	**172 184**	**936 743**

Autorisation d'emprunt temporaire accordée

En décembre 2007, des modifications ont été apportées à la Loi sur l'administration financière afin de prévoir, pour les organismes assujettis à l'application du chapitre VIII de cette Loi, des modalités d'exercice de leurs pouvoirs d'emprunter, d'effectuer des placements, de prendre certains engagements financiers et de conclure des produits dérivés.

Le réseau public de la santé et des services sociaux est visé par ces nouvelles dispositions. Les modifications sont en vigueur depuis le 15 décembre 2008 alors que celles concernant les engagements financiers le sont depuis le 6 novembre 2008.

Le pouvoir d'emprunt des établissements publics est encadré par l'article 296 de la LSSSS, l'article 13 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux et l'article 77.1 sur l'administration financière.

Les ajouts à la Loi font en sorte que l'exercice des pouvoirs visés nécessitera dorénavant l'autorisation du ministre de la Santé et des Services sociaux de même que celle du ministre des Finances. Il est toutefois prévu, par règlement, certains cas où l'autorisation du ministre des Finances n'est pas requise ou la possibilité pour le ministre de la Santé et des Services sociaux de déléguer, à toute personne qu'il désigne, le pouvoir de donner les autorisations requises.

Les autorisations d'emprunts temporaires au titre des dépenses courantes de fonctionnement sont sous la responsabilité entière du Ministre. Toute demande d'emprunt est acheminée à l'Agence qui l'analyse et fait les recommandations au MSSS. Sur recommandation favorable de l'Agence, le MSSS autorise l'emprunt temporaire. Aucune limite ou plafond régional n'est considéré pour les dépenses courantes de fonctionnement.

En ce qui concerne les autorisations d'emprunts temporaires au titre des dépenses en immobilisation à la charge du fonds d'exploitation, avec des limites clairement définies, l'instance régionale doit obtenir une autorisation ministérielle *ad hoc* avant d'autoriser un établissement à emprunter.

Tableau 29 : Autorisation d'emprunt temporaire accordée au 31 mars 2013

Nature des dépenses	$	%
Dépenses courantes de fonctionnement	5 000 000	1,352
Dépenses en immobilisation	1 168 220	0,316
Total régional	6 168 220	1,668

SUBVENTION AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Tableau 30 : Liste des organismes communautaires subventionnés par catégorie et par secteur d'activités

Organisme	Subvention accordée PSOC		Ententes de services et projets ponctuels	
	2012-2013 $	2011-2012 $	2012-2013 $	2011-2012 $
ACCÈS LOGIS				
Résidence Témiscaming			11 930	11 650
Table de concertation pour personnes âgées du Témiscamingue			19 521	19 064
Sous-total	-	-	**31 451**	**30 714**
ALCOOLISME ET AUTRES TOXICOMANIES				
Accueil Giboulée Harvey Bibeau	317 670	200 538		51 309
Maison du compagnon de La Sarre	150 502	146 944	2 000	22 811
Maison du Soleil levant de Rouyn-Noranda	217 842	212 692	3 450	2 259
Manoir du chemin pour la sobriété	28 609	27 933		
Piaule de Val-d'Or	153 531	149 901	109 200	2 000
Unité Domrémy de La Sarre	6 128	5 983		
Unité Domrémy de Val-d'Or	64 859	63 326	31 236	34 780
Sous-total	**939 141**	**807 317**	**145 886**	**113 159**
AUTRES RESSOURCES JEUNESSE				
Arrimage jeunesse			98 297	95 973
Association Grands frères et grandes sœurs Abitibi-Ouest	21 420	20 914		2 500
Association Grands frères et grandes sœurs Rouyn-Noranda	16 852	16 454		
Association Grands frères et grandes sœurs de Val-d'Or		12 935		1 500
Centre ressources jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue			15 774	10 047
Conseil territorial de la jeunesse Abitibi-Est			29 425	10 000
Espace Abitibi-Est	132 657	129 521	595	
Groupe IO			53 601	52 334
Interlocal jeunes Rouyn-Noranda			37 932	29 121
Mobilisation espoir jeunesse			31 775	29 040
Projet jeunesse St-Michel	32 262	31 499		
Sous-total	**203 191**	**211 323**	**267 399**	**230 515**
AGRESSIONS À CARACTÈRE SEXUEL (CALACS)				
Assaut sexuel secours	252 771	246 795	200	40 120
Centre aide et lutte contre les agres. à car. sexuel Abitibi (CALACS)	131 907	128 789	552	9 606
Centre aide et prévention des agressions à caractère sexuel (CAPACS Abitibi-Ouest)	131 358	128 252		7 606
Point d'appui	253 456	247 464		9 303
Sous-total	**769 492**	**751 300**	**752**	**66 635**
CENTRES D'ACTION BÉNÉVOLE				
Centre de bénévolat de Rouyn-Noranda	123 316	120 401		
Centre de bénévolat de Val-d'Or	93 900	91 680	24 112	45 246
Centre de Bénévolat Lac-Témiscamingue	45 781	44 699		
Centre d'action bénévole l'amicale	55 263	53 956		
Sous-total	**318 260**	**310 736**	**24 112**	**45 246**
CENTRES DE FEMMES				
Centre de femme l'ÉRIGE	183 805	179 460	2 090	
Collectif féministe	183 986	179 636		
Comité de la condition féminine	183 930	179 581		
Sous-total	**551 721**	**538 677**	**2 090**	-
COMMUNAUTÉS CULTURELLES				
Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or			1 000	1 600
Centre d'entraide et d'amitié autochtone Senneterre				200
Conseil de bande de Kitcisakik				1 760
Sous-total	-	-	**1 000**	**3 560**

Organisme	Subvention accordée PSOC		Ententes de services et projets ponctuels	
	2012-2013 $	2011-2012 $	2012-2013 $	2011-2012 $
CONCERTATION RÉGIONALE				
CROC-AT	83 683	81 705	346	
Sous-total	**83 683**	**81 705**	**346**	-
FAMILLE				
CPE Abinodjic-Miguam				1 548
Maison de la famille Amos			22 774	22 363
Maison de la famille La Sarre			23 853	23 868
Maison de la famille Malartic			7 102	7 804
Maison de la famille Rouyn-Noranda			41 700	41 601
Maison de la famille Senneterre			5 838	6 628
Maison de la famille Val-d'Or			26 780	26 491
Pour tous les bouts de chou			9 042	10 005
Sous-total	-	-	**137 089**	**140 308**
HOMMES EN DIFFICULTÉ				
Centre Gérard-Brisson (Groupe Image du Témiscamingue)	145 562	142 121	106 403	91 906
Service d'aide et de traitement en apprentissage social (SATAS)	93 853	91 634		16 000
Sous-total	**239 415**	**233 755**	**106 403**	**107 906**
MAINTIEN À DOMICILE				
Bénévoles de Belcourt	4 630	4 520		
Bénévoles de Champneuf		5 687		
Comité des bénévoles des Côteaux (Bénévoles de Lamorandière)	19 241	7 150		
Centre des bénévoles Uni-Joie	7 096	6 928		
Club de l'âge d'or de Vassan	3 001	3 876		
Club de l'âge d'or de Ville-Marie		446		
Comité bénévole Papillons dorés	4 968	4 851		
Comité bénévole Santé et Joie	7 252	7 081		
Comité bénévole Tournesol	4 232	4 132		
Comité de bénévoles de Rochebaucourt		5 949		
Comité de bénévoles Landrienne	3 573	3 488		
Comité de bénévoles Les Glaneurs	3 526	3 443		
Comité Main dans la main, La Corne	2 169	2 118		
Corporation Alliance des générations	6 811	6 650		
Coup de pouce communautaire Malartic	17 854	17 432		
Défi-autonomie Abitibi				6 708
Entraide de quartier Le Point d'eau	39 504	38 570		
Groupe d'actions bénévoles Abitibi-Ouest	44 765	43 707		
Groupe de service d'entraide secteur Est du Témiscamingue	2 654	2 591		
Indépendance 65 +	16 881	16 482		2 495
Popote roulante d'Amos	8 546	8 344		
Popote roulante de Val-d'Or	15 787	15 414		
Regroupement des personnes aidantes naturelles Rouyn-Noranda	14 901	14 549		
Table de concertation personnes âgées du Témiscamingue	53 191	51 483		14 312
Sous-total	**280 582**	**274 891**	-	**23 515**
MAISONS D'HÉBERGEMENT POUR FEMMES VICTIMES DE VIOLENCE				
Alternatives pour elles	757 902	739 984		
Maison d'hébergement l'Équinoxe	579 114	565 423	1 456	
Maison d'hébergement Le Nid	668 498	652 693	212	
Maison Mikana	646 246	630 968	479	
Sous-total	**2 651 760**	**2 589 068**	**2 147**	-
MAISONS DE JEUNES				
Campus Jeunesse de Cadillac	40 679	39 717		
Carrefour jeunesse emploi Abitibi-Est			120 369	128 021
Jeunesse Action Val-d'Or inc.	91 654	89 487	2 800	
Liaison 12-18 inc.	79 665	77 782		

Organisme	Subvention accordée PSOC		Ententes de services et projets ponctuels	
	2012-2013 $	2011-2012 $	2012-2013 $	2011-2012 $
Maison des jeunes Le Kao	52 164	50 931		
Maison des jeunes de La Sarre	81 049	79 133	30 318	29 817
Maison des jeunes du Témiscamingue	84 003	82 017	17 000	18 725
Maison des jeunes F.R.A.D. inc.	62 850	61 364		
Refuge jeunesse Malartic inc.	81 730	79 798		
Soupape Maison des jeunes inc.	87 540	85 470		
Sous-total	**661 334**	**645 699**	**170 487**	**176 563**
MESURES DE RECHANGE				
Liaison justice	548 958	535 980		
Sous-total	**548 958**	**535 980**	-	-
MULTICLIENTÈLES				
Corporation de développement communautaire Universeau	19 881	19 411		5 756
Mouvement relève d'Amos			92 445	84 215
ORDET	86 971	84 915		
Sous-total	**106 852**	**104 326**	**92 445**	**89 971**
PERSONNES DÉMUNIES				
Association Place au soleil	6 056	5 913	3 700	175
Centre Bernard-Hamel	52 655	51 410		5 302
Fraternité St-Michel	23 578	23 021		
Maison St-André Abitibi-Ouest	40 899	39 932		12 986
Regroupement d'entraide sociale du Témiscamingue	53 811	52 539	13 141	18 132
Sous-total	**176 999**	**172 815**	**16 841**	**36 595**
PERSONNES HANDICAPÉES				
Actia	66 587	65 013		
Aile brisée (L)	61 910	59 204		4 000
Arche d'Amos	375 613	318 681	44 648	
Association de parents d'enfants handicapés du Témiscamingue	62 572	61 093		
Association des personnes handicapées Témiscaming	5 326	5 200		
Association pour personnes handicapées visuelles de l'A-T			2 289	2 118
Association pour l'intégration sociale (Rouyn-Noranda)	144 388	138 928		
Association régionale loisirs personnes handicapées A-T			12 000	
Association du Québec pour enfants avec prob. auditifs (AQEPA)	18 324	17 891		
Association voir sans voir	11 198	10 933		
Centre de jour Les Intrépides	174 857	170 723		8 932
Centre d'intégration physique l'Envol	68 801	67 175		
Centre La Mésange	32 370	31 605		
Club A.C.V. Rouyn-Noranda inc.	10 835	10 579		
Club de l'amitié des handicapés d'Abitibi-Ouest	150 137	146 587		
Club des handicapés de Val-d'Or	126 280	123 295		
Corporation de répit-dépannage La Chrysalide	131 418	127 277		
Parrainage civique de l'A-T	14 536	14 192	225	
Personnes handicapées Amos-région (PHAR)	69 240	67 603		
Pilier (Le)	47 473	46 351		5 731
Ressource pour personnes handicapées, Abitibi-Témiscamingue et Nord-du-Québec	12 271	11 981	621 015	656 806
Société autisme et autres troubles de l'Abitibi-Témiscamingue	147 131	143 653		
Vie autonome Abitibi-Témiscamingue	67 676	45 187		
Sous-total	**1 798 943**	**1 683 151**	**680 177**	**677 587**
SANTÉ MENTALE				
Accueil Giboulée Harvey Bibeau		109 622	92 203	44 989
Appartements communautaires Le Pont	5 943	5 803		
Bouée d'espoir (Le Relais)	78 463	76 608	781	595
Entretoise du Témiscamingue	124 597	121 651	2 500	
Équipe La Petite Rencontre	155 487	151 811	27 546	26 895
Groupe en toute amitié de Senneterre	11 539	11 266		

Organisme	Subvention accordée PSOC		Ententes de services et projets ponctuels	
	2012-2013 $	2011-2012 $	2012-2013 $	2011-2012 $
Groupe Soleil	142 743	139 368	91 810	89 640
Ligne intervention téléphonique du suicide A-T (centre régional)	269 264	262 898	10 000	8 900
Maison 4 saisons du Témiscamingue	143 242	139 855		
Pont (Le) de Rouyn-Noranda	201 416	196 654	20 363	19 882
Portail (Le)	83 166	81 200	1 700	
Prévention suicide d'Amos (Centre)	75 892	74 098		
Prévention suicide du Témiscamingue (Comité)	48 712	47 560		
Prévention suicide de Rouyn-Noranda (Centre)	110 926	108 304		
Prévention suicide de Malartic (Centre)	27 996	27 334		
Prévention suicide de Senneterre (Comité)	24 915	24 326		
Prévention suicide de Val-d'Or (Comité)	86 158	84 121		
Prévention suicide Abitibi-Ouest (Centre)	62 841	61 355		
Ressource d'aide et d'information en défense des droits de l'Abitibi-Témiscamingue (RAIDD-AT)			74 609	72 845
Rescousse (La)	78 527	76 670		837
Résidence d'hébergement La Chaumière	147 793	144 299		
TCROCASMAT			27 366	27 719
Trait Union (Le)	231 213	225 747	50 259	49 070
Valpabem	83 419	81 447	1 100	
Sous-total	**2 194 252**	**2 251 997**	**400 237**	**341 372**
SANTÉ PHYSIQUE				
Albatros 08 inc.	19 629	19 165		
Amis de l'Envol	4 768	4 655		
Arc-en-soi de La Sarre	5 505	5 375		
Association de la fibromyalgie	22 687	22 151		
Association des diabétiques du Témiscamingue		5 238		
Association diabète de Rouyn-Noranda	6 853	6 691		
Association épilepsie Abitibi-Témiscamingue	4 339	4 236		
Diabète Val-d'Or	3 254	3 177		
Lueur du phare	2 144	2 093		
Maison du Bouleau blanc				454
Maison des soins palliatifs Rouyn-Noranda				454
Maison de la source Gabriel				453
Société Alzheimer de Rouyn-Noranda/Témiscamingue	30 781	24 815	4 167	
Société Alzheimer de Val-d'Or	29 699	28 997		
Société sclérose en plaques A-T	25 728	25 120		
Sous-total	**155 387**	**151 713**	**4 167**	**1 361**
SERVICES GÉNÉRAUX				
CAFA (Centre d'animation)			1 020	
Sous-total	-	-	**1 020**	-
SIDA				
Centre des ROSÉS de l'Abitibi-Témiscamingue	57 733	56 368		
Sous-total	**57 733**	**56 368**		
TOTAL	**11 737 703**	**11 400 821**	**2 084 049**	**2 085 007**

Section 5

Bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité

DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES

Les informations contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la treizième période financière relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le bilan et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du bilan de suivi de gestion à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2012-2013 de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue présentent :

- les indicateurs, les cibles et les résultats obtenus;
- des données exactes et fiables.

Je déclare que les données et l'information contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2012-2013.

Signé à Rouyn-Noranda le 31 mai 2013

Le président-directeur général,

Jacques Boissonneault

L'entente de gestion et d'imputabilité est un contrat qui lie l'Agence et le MSSS. Elle prévoit, entre autres, les engagements de l'Agence au regard des axes d'intervention, des objectifs et des indicateurs du plan stratégique ministériel. Le bilan de l'entente de gestion vous est présenté dans les pages qui suivent.

Priorités régionales

Entente de gestion

Indicateur	Réalisé	Non réalisé
L'accès aux services spécialisés	Réalisé	
L'accès aux services de santé mentale	Réalisé	
Libérer au moins 10 % des places en CHSLD occupées par des personnes de moins de 65 ans	Réalisé	
Les jeunes et leur famille	Réalisé	
Déploiement du DSQ		Soumis dans le PARI 2013-2014
Développement du DCI		Soumis dans le PARI 2013-2014
Développement des DMÉ	Sélection d'un DMÉ par les GMF (en cours)	Projet d'alimentation des DMÉ soumis au PARI 2013-2014
La Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement (loi 133)	Terminé	
Développement nordique	Dépôt du plan régional	

Commentaires

DSQ : L'Agence et les établissements ont été appelés à poursuivre la réalisation de certains travaux préalables. Le Ministre a fait le lancement officiel du projet le 27 mai 2013.

DCI : L'Agence et les établissements de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue ont analysé en préfaisabilité les différents scénarios envisageables pour la région, notamment par une meilleure compréhension des solutions déployées dans d'autres régions du Québec. Ces travaux conduiront la région vers un choix de DCI au cours de la prochaine année.

DMÉ : Plusieurs travaux ont été amorcés en 2012-2013, notamment le processus de sélection d'une solution unique de DMÉ par tous les GMF de la région. En parallèle, des démarches ont été entreprises par l'Agence afin d'évaluer certaines options permettant l'alimentation des DMÉ au plan des données de laboratoire et d'imagerie. Ces travaux ont permis de proposer à la région quelques solutions viables, tenant compte des différentes contraintes et obligations des parties impliquées (besoins cliniques, gestion du consentement du patient, sécurité et enjeux technologiques, etc.). L'implantation de cette solution est prévue pour 2013-2014.

Développement nordique : Le MSSS a formé, au milieu de l'année 2012, un comité de travail MSSS-Agences incluant la Côte-Nord, la Jamésie, les Terres Cries de la Baie-James, le Nunavik, l'Abitibi-Témiscamingue, le Saguenay-Lac-Saint-Jean, Québec et Montréal. Lors d'une première rencontre, le 11 septembre 2012, il a été convenu que chaque agence concernée préparerait pour la mi-janvier 2013 un document de planification sur la contribution de son réseau au développement nordique.

Selon le canevas préparé par le MSSS, le document traite des objets suivants :

- les clientèles à desservir;
- les services existants dans chacune des régions;
- les problématiques liées à l'offre de service;
- les impacts de l'effervescence économique sur l'utilisation des services.

Le document produit par l'Agence a été livré en version de travail à la mi-janvier 2013 au MSSS (en attendant l'approbation du conseil d'administration de l'Agence).

Plan de services intégrés Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) : L'objectif régional de libérer au moins 10 % des places en CHSLD occupées par des personnes de moins de 65 ans, soit 7 places, est atteint. En 2011-2012, 79 usagers de moins de 65 ans occupaient des places en CHSLD. En 2012-2013, on en compte 70, soit 9 de moins.

De plus, quatre projets ont été déposés au MSSS; ceux-ci visent à développer des ressources alternatives à l'hébergement institutionnel pour des usagers occupant des lits de CHSLD et qui auraient avantage à résider dans un milieu de vie plus adapté à leur condition. Par ailleurs, le CSSS de la Vallée-de-l'Or a actualisé son plan de services intégrés (25 places) et le CSSS Les Eskers de l'Abitibi a, pour sa part, développé une unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF).

Les jeunes et leur famille : Le nombre de jeunes différents ayant bénéficié du PQJ est de 37 pour une cible de 30. Comme par le passé, un financement additionnel du Secrétariat à la jeunesse a permis de maintenir la troisième ressource PQJ « formule régulier » en plus de permettre l'ajout d'un groupe PQJ « formule intensive ». Le CJAT a également mis en place un groupe dédié spécifiquement à la clientèle autochtone.

Le programme s'adressant aux familles négligentes ayant des enfants de 0 à 12 ans est implanté dans quatre CSSS. Il reste encore à consolider l'intensité des services.

L'offre de service spécialisée en dépendances pour les jeunes du CJAT est implantée depuis quelques années déjà. Ces services sont bonifiés depuis deux ans, par l'ajout de temps-intervenant spécialisé en dépendances dans les services internes du Centre Normand.

Priorités du président-directeur général et attente spécifique

Entente de gestion

Sujet	Résultats 2012-2013
Services de santé première ligne	Discussion en cours, les renouvellements des contrats avec les GMF débuteront en 2013-2014
Radio-oncologie	Le CSSS de Rouyn-Noranda est en rédaction du dossier de présentation stratégique
Fonctionnement réseau	Un groupe de travail, composé du président-directeur général et de deux directeurs généraux, s'est rencontré au cours de l'année
Ressources informationnelles	Mise en place d'une gouverne régionale en ressources informationnelles
Établissement problématique	CSSS de la Vallée-de-l'Or, plan de retour à l'équilibre budgétaire
Projets issus du Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux (FINESSS)	Projet de téléphonie régional soumis dans le PARI 2013-2014

Commentaires

Le dossier de présentation stratégique en radio-oncologie sera présenté aux différents partenaires et transmis à l'Agence à la fin de l'automne 2013.

Le président-directeur général et deux directeurs généraux ont cheminé dans un processus d'amélioration de la concertation régionale. Des travaux sont en cours et une nouvelle structure est prévue pour l'automne 2013.

La mise en place d'une gouvernance régionale en ressources informationnelles a été réalisée en 2012-2013, notamment par la création du CGRRI où sont réunis les directeurs et directrices de chacun des établissements ainsi que des représentants de l'Agence et du Comité directeur clinique en ressources informationnelles (CDCRI), regroupant un groupe de cliniciens dédiés aux enjeux cliniques en informatisation.

Le CSSS de la Vallée-de-l'Or a présenté son plan de retour à l'équilibre budgétaire, qui a été analysé par l'Agence et transmis au MSSS.

Mesures d'optimisation

Entente de gestion

Sujet	Actions régionales	État d'avancement au 31 mars 2013
La téléphonie IP	Une solution nationale centralisée de téléphonie desservant l'ensemble du RSSS	Projet de régionalisation de la téléphonie soumis dans le PARI 2013-2014
La téléphonie cellulaire	Doter le RSSS d'un environnement de télécommunications cellulaires sécuritaire et intégré au réseau de télécommunications filaires, soit le Réseau intégré de télécommunication multimédia (RITM)	En attente des travaux du MSSS
La visioconférence	Un service national de visioconférence fiable, performant et évolutif soutenant l'ensemble des besoins de nature clinique (télésanté) et administrative	En attente des travaux du MSSS
Le courrier électronique	Un service infonuagique pour l'ensemble des intervenants du RSSS	En attente des travaux du MSSS
La gestion du parc des postes de travail	Virtualiser sur un horizon de trois ans 60 % du parc des postes de travail	Projet de bureaux virtuels de l'intervenant soumis dans le PARI 2013-2014
Le regroupement des centres de traitement de données	Regroupement de l'ensemble des centres de traitement d'une région dans deux sites	En cours
L'énergie	Réduction globale de la quantité d'énergie consommée	Les établissements font tous les efforts nécessaires dans ce but

Sujet	Actions régionales	État d'avancement au 31 mars 2013
L'approvisionnement en commun	Collaborer à la restructuration de la structure d'approvisionnement de groupe. Inciter les établissements à adhérer à l'achat de groupe	Le nouveau groupe d'achat a été mis en place Les établissements participent à l'achat en groupe
La clientèle soutien à domicile (SAPA/DP/DI/TED)	Mettre en place un comité régional de suivi par l'Agence. Identifier des cibles spécifiques à chaque CSSS en regard du nombre d'interventions attendu par jour par catégorie d'intervenants	Voir indicateur 1.03.05.01
Système de paie	Participer aux travaux nationaux de mise en place d'un plan d'action visant à optimiser le processus de production de la paie	Des travaux de regroupement du traitement de la paie des établissements régionaux incluant l'Agence ont été effectués. Le CJAT effectuera le traitement de la paie pour les 5 établissements régionaux. L'Agence a transféré le traitement de sa paie en mai 2013. Les autres établissements suivront pour que le projet soit terminé en décembre 2013. Les CSSS réfléchissent également à un tel regroupement.

Commentaires

La téléphonie IP : Un projet de regroupement de tous les systèmes téléphoniques des établissements de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue a été déposé dans le PARI 2013-2014 de l'Agence.

La téléphonie cellulaire : Ce projet est mené par le MSSS. Les échéanciers et les attentes envers la région n'étaient pas disponibles au 31 mars 2013.

La visioconférence : Ce projet est mené par le MSSS. Le projet se réalisera à compter du printemps 2013, selon les indications du MSSS.

Le courrier électronique : Ce projet est mené par le MSSS. Le projet se réalisera à compter du printemps 2013, selon les indications du MSSS.

La gestion du parc des postes de travail : La virtualisation du parc des postes de travail fait partie d'un projet soumis au PARI 2013-2014 de tous les établissements de l'Abitibi-Témiscamingue et de l'Agence. À moins d'avis contraire, le budget de maintien d'actifs informationnels servira entièrement à la réalisation de l'objectif ministériel, soit de migrer 60 % du parc des postes de travail de la région. Un comité de travail technique régional s'est réuni à plusieurs reprises en 2012-2013 afin d'évaluer les options en matière de virtualisation des postes.

Regroupement des centres de traitement des données : Les travaux de préparation des deux centres de traitement informatique régionaux ont été amorcés en 2012-2013. La mise en commun de tous les actifs informationnels des établissements a également été entreprise et se poursuivra au cours des deux prochaines années. Un comité de travail technique régional s'est réuni à plusieurs reprises en 2012-2013 afin de mettre en place les conditions de succès du regroupement. De plus, un comité a reçu pour mandat de réaliser un catalogue de services informatiques régional, celui-ci devant être approuvé en 2013-2014 par la gouverne régionale, de manière à préciser les rôles et responsabilités de tous les acteurs impliqués dans la gestion opérationnelle, tactique et stratégique des ressources informationnelles en mode centres de traitement.

Accessibilité aux services

Entente de gestion

Sujet	Actions régionales	État d'avancement au 31 mars 2013
Accès aux services spécialisés de chirurgie	Mettre en place un mécanisme pour une deuxième offre pour les chirurgies de la hanche et du genou	En cours
Accès aux services d'imagerie	Réviser les processus et implanter des zones franches. Mettre en place des centrales de rendez-vous	Utilisation optimale des systèmes informatiques en place en radiologie pour mieux gérer les listes d'attente. Cibles atteintes dans la majorité des secteurs sauf pour la résonance magnétique et la transcription.
Accès au continuum de services accident vasculaire cérébral (AVC)	Participer à la désignation des centres tertiaires et à la mise en place des corridors de services	Un comité restreint a été mis sur pied en janvier 2013. Le portrait régional des services offerts en soins de l'AVC est en cours de réalisation. Des centres primaires potentiels pourront être identifiés pour notre région à la suite de cet exercice.
Accès au continuum de services pour la douleur chronique	Soutenir l'organisation de services et participer à la définition et à la mise en place des corridors de services	Participation à la définition et à la mise en place des corridors de services, projet en cours avec la collaboration du RUIS McGill
Configuration des services médicaux	Collaborer et déposer le PREM en spécialités pour 2012-2015	Réalisé

Sujet	Actions régionales	État d'avancement au 31 mars 2013
Laboratoires	Collaborer à l'opération provinciale	Démarche en cours
Traumatologie	Soutenir l'évolution du processus d'optimisation Participer à l'implantation des orientations qui en découlent	Implantation des orientations en cours
Service Info-Santé 811	Révision de la gouvernance	En cours
Prise en charge infarctus du myocarde	Application de l'algorithme diffusé	Réalisé

Commentaires

Traumatologie : Des consignes claires ont été émises afin de simplifier les modalités et les documents requis pour effectuer le suivi de l'amélioration continue de l'offre de service en traumatologie. Ainsi, le plan directeur régional en traumatologie deviendra désormais le document intégrateur de l'ensemble des activités.

Priorités régionales

Entente de gestion

Objectif de résultats

Augmenter le nombre des écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS).

Indicateur	Résultat* 2011-2012	Engagement 2012-2013	Résultat** 2012-2013
1.01.13 Pourcentage d'écoles qui implantent l'AÉS	68,36 % (P-11) 67/98 écoles + 1 école en milieu autochtone	78,86 %	50,5 %

Commentaires

Pour l'année 2012-2013, la cible régionale n'a pas été atteinte. Seulement deux territoires sur cinq ont atteint la cible de 75 % des écoles qui implantent l'AÉS.

La collaboration entre les CSSS et les écoles demeure un défi. C'est pourquoi l'Agence travaille de concert avec le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) et les territoires pour faciliter l'appropriation et le déploiement d'une offre de service en promotion et prévention qui répondra aux pratiques reconnues comme efficaces en contexte scolaire, aux priorités des CSSS ainsi qu'aux besoins des écoles. Cette démarche permettra aussi de réitérer les attentes signifiées ainsi que l'accompagnement disponible pour la poursuite de la mise en œuvre de l'AÉS.

Des travaux régionaux concernant l'AÉS et l'Entente MELS-MSSS ont eu lieu et se poursuivront en 2013-2014 afin que les deux réseaux se concertent, également pour outiller les décideurs responsables de la promotion de la santé et de la prévention dans les deux réseaux.

* Résultats en date du 14 mai 2012.
** Résultats en date du 15 mai 2013.

Priorités régionales

Entente de gestion

Objectif de résultats: Augmenter le nombre d'enfants recevant leurs vaccins dans les délais convenus.

Indicateur	Résultat* 2011-2012	Engagement 2012-2013	Résultat** 2012-2013
1.01.14 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur première dose de vaccin contre DCaT-Polio-Hib dans les délais	91,7 %	90 %	94,3 %
1.01.15 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur première dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	84,7 %	85 %	82,5 %
1.01.16.01 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur première dose de vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) dans les délais	84,4 %	85 %	82 %

Commentaires

1.01.15 et 1.01.16 01

Nous observons une légère baisse de 2 % pour l'ensemble de la région. Ces cibles demeurent les plus difficiles à atteindre, mais nous sommes près de l'objectif de 85 %. Les actions doivent être davantage ciblées vers les éléments problématiques. Le partage de stratégies est donc préconisé. Un CSSS se démarque avec un taux de 89 %. Malgré un plan d'action et de nombreux efforts, un CSSS éprouve toujours des difficultés avec un taux de 72 %.

* Résultats en date du 14 mai 2012.
** Résultats en date du 15 mai 2013.

Priorités régionales

Entente de gestion

Objectif de résultats: Procéder à la mise à jour du répertoire des ressources en santé et services sociaux respectant le calendrier comme prescrit au cadre normatif de l'application. Si la proportion est en deçà de l'objectif prévu, cela indique qu'il faut s'assurer qu'il y ait les ressources suffisantes pour effectuer cette tâche.

Indicateur	Résultat* 2011-2012	Engagement 2012-2013	Résultat** 2012-2013
6.01.01 Proportion des ressources du Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS) mises à jour dans les délais	96,2 %	95 %	99,3 %

Commentaires: La cible est atteinte. En 2012-2013, la mise à jour des ressources locales et régionales contenues au RRSS a été effectuée à l'Agence.

** Résultats en date du 15 mai 2013.

Priorités régionales

Entente de gestion

Objectif de résultats

Diminuer l'occupation des lits de courte durée en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) par des patients en fin de soins actifs. Prioriser l'évaluation et l'orientation vers l'hébergement de longue durée actuellement faites en milieu hospitalier.

Indicateur	Résultat* 2011-2012	Engagement 2012-2013	Résultat** 2012-2013
4.01.01 Nombre moyen de patients par CH en processus ou en attente d'évaluation/ orientation vers la longue durée ou vers les lits posthospitaliers et occupant des lits de courte durée par CH	3,0	≤ 3	2,9
4.01.02 Nombre moyen de patients en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée	0,5	≤ 3	0,6
4.01.03 Nombre moyen de patients en attente de convalescence occupant des lits de courte durée	0,6	≤ 3	0,7
4.01.04 Nombre moyen de patients en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée	0,3	≤ 3	0,3
4.01.05 Nombre moyen de patients en attente de CHSLD occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale	4,3	≤ 3	3,9
4.01.06 Nombre moyen de patients en attente de ressources non institutionnelles occupant des lits de courte durée excluant la santé mentale	1,0	≤ 3	1,4
4.01.07 Nombre moyen de patients en attente d'hébergement longue durée en santé mentale occupant des lits de courte durée	0,6	≤ 3	0,3
4.01.08 Taux de déclaration en hébergement à partir du CHSGS des 75 ans et plus	4,46 %	≤ 5 %	3,66 %

Commentaires

Les cibles visées concernant la trajectoire de la clientèle gériatrique sont atteintes pour la majorité des indicateurs. Les résultats obtenus pour le nombre moyen de patients en attente de CHSLD occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale, n'atteignent pas les cibles. La pénurie de ressources professionnelles et médicales, la fermeture subite de ressources d'hébergement et le manque de ressources alternatives à l'hébergement expliquent en grande partie ces résultats.

Notons que les résultats varient beaucoup d'un territoire à l'autre, à un point tel que certains établissements éprouvent des difficultés à respecter les cibles visées pour certains indicateurs.

* Résultats en date du 14 mai 2012.

** Résultats en date du 15 mai 2013.

Prévention dans les continuums de services

Entente de gestion

Objectif de résultats

1.1.1 Assurer la mise en œuvre des activités de promotion, de prévention et de protection prévues dans le PNSP.

1.1.2 Soutenir l'intégration de la prévention dans les services cliniques de première ligne, en donnant la priorité aux problèmes suivants :

- ITSS;
- habitudes de vie et maladies chroniques;
- chutes chez les personnes âgées;
- suicide.

Indicateur	Résultat* 2011-2012	Engagement 2012-2013	Résultat** 2012-2013
1.01.20 Pourcentage des activités du PNSP implantées	Poursuite des activités	83 %	88,6 %
1.01.21 Pourcentage des pratiques cliniques préventives prioritaires ayant fait l'objet d'activités de soutien	Poursuite des activités	83 %	83,3 %

Commentaires

Les activités se poursuivent tant au plan local que régional. Le bilan de l'implantation des activités réalisées est bisannuel. La recension des activités implantées a eu lieu au printemps 2013, les résultats démontrent une amélioration puisque plusieurs activités ont été implantées depuis le dernier bilan. Il reste par contre des activités à mettre en place surtout en ce qui a trait aux pratiques cliniques préventives.

* Résultats en date du 14 mai 2012.
** Résultats en date du 15 mai 2013.

Services médicaux et infirmiers

Entente de gestion

Objectif de résultats

2.1.2 Favoriser la pratique de groupe, polyvalent et interdisciplinaire, de la médecine de famille par la mise en place de GMF (ou modèles équivalents).

2.1.3 Accroître la disponibilité d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de première ligne.

Indicateur	Résultat* 2011-2012	Engagement 2012-2013	Résultat** 2012-2013
1.09.25 Nombre total de GMF implantés	Objectif atteint	7	7
3.07 Nombre d'IPS en soins de première ligne titularisées et offrant des services de première ligne	4	6	1

Commentaires

3.07 :
Les données dans GESTRED ne sont pas complètes. En réalité, l'objectif de 2012-2013 est atteint, car il y a huit IPS en soins de première ligne titularisées et offrant des services de première ligne.

* Résultats en date du 14 mai 2012.
** Résultats en date du 15 mai 2013.

Services psychosociaux

Entente de gestion

Objectif de résultats

2.1.4 Offrir un accès téléphonique rapide à une consultation en matière de services psychosociaux (information, intervention, référence-orientation, avis professionnels et conseils) par des professionnels en intervention psychosociale des CSSS, 24 heures par jour, 7 jours par semaine.

Indicateur	Résultat 2011-2012	Engagement 2012-2013	Résultat 2012-2013
1.02.05 Pourcentage des régions sociosanitaires ayant mis en place un service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux	ND	Poursuite de l'implantation	Poursuite de l'implantation
1.02.04 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre minutes ou moins	ND	Poursuite de l'implantation	Poursuite de l'implantation

Commentaires

Les travaux pour l'implantation du service Info-Social se sont poursuivis au cours de l'année et ils seront ajustés à partir de l'*Offre de service nationale : Services sociaux généraux*, laquelle contient les orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience pour la consultation téléphonique psychosociale 24/7. La formalisation des orientations ministérielles du programme-services généraux fournira les leviers nécessaires à la mise en place de ce service dans la région.

Jeunes en difficulté, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et personnes aux prises avec une dépendance

Entente de gestion

Objectif de résultats

2.2.5 Assurer aux personnes qui le requièrent des services de santé mentale de première ligne par une équipe multidisciplinaire.

2.2.6 Assurer l'accès aux services d'intégration dans la communauté, pour les adultes ayant des troubles mentaux graves.

2.2.7 Faciliter l'accès aux personnes à risque d'abus ou de dépendance à des services de première ligne offerts en toxicomanie et en jeu pathologique.

Indicateur	Résultat* 2011-2012	Engagement 2012-2013	Résultat** 2012-2013
1.08.09 Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1re ligne en CSSS (mission CLSC)	3 049	2 609	2 933
1.08.06 Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	S.O.	S.O.	S.O.
1.08.05 Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	104	90	102
1.07.05 Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS	198	187	282

Commentaires

1.08.09
La cible a été atteinte en incluant la clientèle suivie en ressource de type familial qui a un profil de première ligne. En analysant les résultats selon l'âge, on constate que la cible pour les jeunes (523) est atteinte. En effet, 579 clients de moins de 18 ans ont été desservis. La cible pour les adultes (2 086) est aussi largement dépassée, la clientèle de 18 ans ou plus totalisant 2 354 usagers.

Les résultats se maintiennent comparativement à ceux de l'année 2011-2012. Rappelons que la définition des services de première ligne a été revue en 2011-2012. Ceci a eu pour effet de transférer une partie de la clientèle de deuxième ligne vers la première ligne. Auparavant, la clientèle de deuxième ligne était surestimée parce que les balises cliniques et organisationnelles n'étaient pas assez précises.

Au cours de l'année 2012-2013, les gestionnaires ont poursuivi leurs efforts de maintien en ce qui concerne la promotion de la hiérarchisation des services spécialisés en santé mentale et de l'utilisation de nouveaux outils d'évaluation. Considérant les nombreux départs et les congés temporaires, l'accent a été mis sur le recrutement de professionnels et d'effectifs médicaux en psychiatrie.

L'Agence apporte un soutien constant aux CSSS, notamment pour l'organisation et la consolidation des services de première ligne.

Commentaires

1.08.05
La cible est atteinte pour le soutien d'intensité variable dans la communauté, en incluant les services donnés par l'organisme communautaire Le Pont dans le RLS de Rouyn-Noranda, par entente de service avec le CSSS. En complément aux services assurés par les CSSS, des organismes communautaires donnent des suivis dans la communauté auprès des personnes atteintes de troubles mentaux, ce qui n'est pas comptabilisé par l'indicateur. C'est le cas de 148 personnes en moyenne par période, certains de ces usagers ayant reçu les services conjointement du CSSS et d'un organisme communautaire.

Ajoutons que les personnes qui requièrent un suivi intensif dans le milieu sont incluses dans l'ensemble de la clientèle, car aucun territoire n'a la masse critique d'usagers pour mettre en place une équipe dédiée au suivi intensif. Les services de soutien d'intensité variable dans la communauté sont donc adaptés à ces personnes. L'Agence continue d'apporter son soutien pour l'amélioration de ces services.

1.07.05
Cible atteinte. On observe une augmentation significative du nombre d'usagers rencontrés entre 2011-2012 et 2012-2013, particulièrement dans un territoire de CSSS de la région (CSSS de Rouyn-Noranda). Mais étant donné que cet indicateur n'est effectif que depuis deux ans, nous demeurons prudents quant aux conclusions que nous pourrions en tirer.

* Résultats en date du 14 mai 2012.
** Résultats en date du 15 mai 2013.

Réseau de services intégrés

Entente de gestion

Objectif de résultats

2.3.1 Poursuivre la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes âgée (RSIPA) dans chaque territoire local, en favorisant leur implantation telle que définie dans les lignes directrices du MSSS.

Indicateur	Résultat* 2011-2012	Engagement 2012-2013	Résultat** 2012-2013
1.03.06 Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux locaux de services	57 %	63 %	67,41 %

Commentaires

Au cours de l'année 2012-2013, tous les CSSS ont été visités pour assurer une compréhension commune des différentes composantes du RSIPA. Les travaux ont principalement porté sur l'ajout des notions de programme-services, programmes et sous-programmes à la solution informatique RSIPA. D'importants travaux ont aussi conduit à une mise à jour du mécanisme d'accès régional à l'hébergement afin de s'assurer que les orientations retenues soient appliquées à l'ensemble du territoire.

* Résultats en date du 14 mai 2012.
** Résultats en date du 15 mai 2013.

Services de soutien à domicile

Entente de gestion

Objectif de résultats

2.4.2 Assurer une offre globale de service de soutien à domicile de longue durée pour s'adapter à l'augmentation des besoins de l'ensemble des clientèles, y compris les familles et les proches aidants.

Indicateur	Résultat* 2011-2012	Engagement 2012-2013	Résultat** 2012-2013
1.03.05.01 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS - mission CLSC)	203 933	235 148	192 563

Commentaires

La cible n'est pas atteinte; le résultat régional est affecté par une situation particulière en 2009-2010 dans un établissement où le nombre d'heures pour le chèque emploi-service était anormalement élevé par rapport aux besoins des personnes éligibles à ce programme. En isolant cette situation particulière, la région atteindrait sa cible.

Une tournée régionale a été réalisée au printemps 2012 pour connaître les mesures déployées par les CSSS pour s'assurer de l'atteinte des cibles. Une communication importante a aussi été réalisée en décembre 2012 en lien avec les résultats anticipés, afin de sensibiliser les établissements à l'importance à accorder au chantier d'optimisation du soutien à domicile. Force est de constater que les moyens déployés ne se sont pas traduits en heures d'intervention à domicile. Des efforts considérables sont à engager pour les prochaines années afin de s'assurer de l'atteinte de la cible.

* Résultats en date du 14 mai 2012.
** Résultats en date du 15 mai 2013.

Services sociaux et de réadaptation

Entente de gestion

Objectif de résultats

3.1.1 Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis pour les personnes :

- ↳ dont la demande est de niveau de priorité urgente : 3 jours;
- ↳ dont la demande est de niveau de priorité élevée : 30 jours en CSSS et 90 jours en CR;
- ↳ dont la demande est de niveau de priorité modérée : 1 an.

3.1.2 Assurer aux personnes ayant une dépendance, un accès aux services d'évaluation specialisée dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins.

Indicateur	Résultat* 2011-2012	Engagement 2012-2013	Résultat** 2012-2013
1.45.45.02 Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE	83,3 %	90 %	85,7 %
1.45.45.03 Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	87,6 %	90 %	85,9 %
1.45.45.04 Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	98,2 %	75 %	97,1 %
1.07.04 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	58,3 %	60 %	66,8 %

Commentaires

1.45.45

L'une des trois cibles fixées par le MSSS, soit la priorité modérée, dépasse l'objectif visé pour cette année, malgré une légère baisse par rapport à l'an passé. Les niveaux de priorité urgent et élevé atteignent les standards fixés par le MSSS, mais les taux dans le système informatique GESTRED apparaissent un peu plus bas que la cible. Ceci est principalement dû à des problèmes de codification qui persistent. Il s'agit d'erreurs de codification qui sont corrigées par les établissements une fois qu'ils en sont avisés. Pour les niveaux urgent et élevé, la région atteindrait 100 % au lieu de 85,7 % et de 85,6 %. La réalité des petits nombres influence beaucoup les taux d'une période à l'autre et donc, par le fait même, le résultat de fin d'année financière.

1.07.04

La cible est atteinte pour 2012-2013. Par ailleurs, des travaux d'uniformisation du calcul de cet indicateur ont eu lieu sur le plan national. Cet indicateur a notamment gagné en fiabilité et il tient dorénavant uniquement compte des évaluations spécialisées, ce qui n'était pas le cas auparavant.

* Résultats en date du 14 mai 2012.

** Résultats en date du 15 mai 2013.

Médecine et chirurgie

Entente de gestion

Objectif de résultats

3.1.3 Assurer aux personnes inscrites au mécanisme central un accès aux chirurgies dans un délai de 6 mois.

3.1.4 Assurer aux personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire les services dans les délais établis.

3.1.5 Assurer aux personnes atteintes de cancer les services à l'intérieur d'un délai de 28 jours.

Indicateur	Résultat* 2011-2012	Engagement 2012-2013	Résultat** 2012-2013
1.09.20.01 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	36,0 %	90 %	54,8 %
1.09.20.02 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	26,9 %	90 %	36,6 %
1.09.20.03 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	97,3 %	90 %	88,3 %
1.09.20.04 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour	95,9 %	90 %	95,1 %
1.09.20.05 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation	97,1 %	90 %	95,4 %
1.09.08A Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie – Cat. A	S.O.	S.O.	S.O.
1.09.08B Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie - Cat. B	S.O.	S.O.	S.O.
1.09.09A Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque - Cat. A	S.O.	S.O.	S.O.
1.09.09B Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque - Cat. B	S.O.	S.O.	S.O.
1.09.10A Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie - Cat. A	S.O.	S.O.	S.O.
1.09.10B Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie - Cat. B	S.O.	S.O.	S.O.
1.09.07 Proportion de patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie	S.O.	S.O.	S.O.
1.09.33 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	90,1 %	70 %	82 %

Commentaires

1.09.20.01, 1.09.20.02 et 1.09.20.03
Malgré une augmentation importante du nombre de chirurgies du genou et de la hanche depuis 2008-2009 (187 PTH-PTG pour 2008-2009, 360 pour 2012-2013, soit 92,5 % de plus), le CSSS Les Eskers de l'Abitibi parvient difficilement à rattraper le retard dans les délais d'attente pour ces deux types de chirurgie. Une amélioration du taux de patients opérés dans les délais démontre que les efforts déployés par l'établissement pour diminuer la durée des séjours d'hospitalisation et la révision de processus entreprise pour optimiser l'utilisation des salles opératoires commencent à porter fruit.

Exceptionnellement pour l'année 2012-2013, la région n'atteint pas la cible pour le taux de patients traités dans les délais en ce qui concerne une chirurgie de la cataracte. En raison d'un manque de personnel important, le CSSS de Rouyn-Noranda a dû diminuer de 40 % ses activités opératoires de septembre 2012 à janvier 2013.

* Résultats en date du 14 mai 2012.
** Résultats en date du 15 mai 2013.

Urgences

Entente de gestion

Objectif de résultats

3.1.6 Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence* pour les personnes sur civière.
* Plusieurs mesures du Plan stratégique contribuent à l'atteinte de cet objectif.

Indicateur	Résultat* 2011-2012	Engagement 2012-2013	Résultat** 2012-2013
1.09.31 Pourcentage de séjours de 24heures et plus sur civière	13,21 %	10 %	12,77 %
1.09.03 Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière	2,8 %	1 %	2,1 %
1.09.01 Séjour moyen sur civière (durée)	12,10	< 12 heures	11,84

Commentaires

Deux établissements (CSSS de la Vallée-de-l'Or et CSSS de Rouyn-Noranda) font l'objet d'un suivi plus spécifique compte tenu des situations problématiques rencontrées à l'urgence. En février 2013, le président-directeur général de l'Agence a convenu avec le Comité ministériel de coordination de désencombrement des urgences (CMCDU) d'effectuer une visite au CSSS de Rouyn-Noranda dans le but de mieux comprendre les préoccupations et les problèmes du milieu. Cette visite a permis d'évaluer les problèmes de fluidité entre les services et d'identifier des perspectives de solution favorisant un meilleur continuum et une meilleure qualité de soins et de services. Par la même occasion, l'équipe du CMCDU a effectué une visite au CSSS de la Vallée-de-l'Or. Cette visite a permis d'évaluer le niveau d'avancement des recommandations formulées lors des visites de novembre 2011 et de février 2012. Le MSSS a pu constater l'importante avancée de cet établissement au cours de la dernière année qui se révèle par une amélioration significative de la durée moyenne des séjours sur civière et des pourcentages de cas sur civière en attente de plus de 48 heures. Malgré cette amélioration des délais, les résultats régionaux sont restés pratiquement les mêmes en raison d'une hausse des délais dans tous les autres secteurs.

Commentaires

Une Politique régionale de gestion des urgences a été adoptée par le conseil d'administration de l'Agence dans le but d'assurer le respect de la circulaire ministérielle ainsi qu'un suivi encore plus rigoureux de la situation des urgences de la région. Cette politique prévoit que les établissements assument la responsabilité de premier niveau au regard du respect des cibles visées. À cet effet, un outil de suivi spécifique élaboré par l'Agence doit être rempli et acheminé à la responsable de l'Agence pour tous les cas dépassant 24 heures afin de signaler les actions qui seront prises pour orienter ce patient hors de l'urgence. L'Agence assure la responsabilité de la gestion intégrée de l'encombrement des urgences dans les établissements de la région et intervient de façon directe auprès du directeur général du CSSS visé pour tous les cas sur civière de plus de 48 heures.

* Résultats en date du 14 mai 2012.
** Résultats en date du 15 mai 2013.

Contrôle des infections nosocomiales

Entente de gestion

Objectif de résultats

4.1.3 Maintenir les taux d'infections nosocomiales, faisant l'objet d'une surveillance provinciale, inférieurs ou égaux aux seuils établis.

Indicateur	Résultat* 2011-2012	Engagement 2012-2013	Résultat** 2012-2013
1.01.19.1 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - diarrhées associées au Clostridium difficile	ND	90 %	100 %
1.01.19.2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline	ND	90 %	80 %
1.01.19.3 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs	S.O.	S.O.	S.O.

Commentaires

1.01.19.2

Un seul CSSS ne répond pas à la norme : le CSSS du Témiscamingue. Durant l'année, deux cas ont été déclarés.

* Résultats en date du 14 mai 2012.
** Résultats en date du 15 mai 2013.

Disponibilité et utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau

Entente de gestion

Objectif de résultats

5.1.3 Produire et mettre à jour annuellement le plan de main-d'œuvre aux paliers local, régional et national de façon à identifier et à mettre en œuvre les stratégies pour assurer l'équilibre entre les effectifs requis et disponibles.

5.1.4 Assurer une utilisation optimale des compétences du personnel par la mobilisation des établissements à réaliser une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail.

5.1.5 Réduire le temps travaillé en heures supplémentaires dans l'ensemble des secteurs d'activité.

5.1.6 Réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante dans les secteurs d'activité clinique.

Indicateur	Résultat* 2011-2012	Engagement 2012-2013	Résultat** 2012-2013
3.08 Pourcentage d'établissements et d'agences ayant mis à jour leur plan de main-d'œuvre	100 %	100 %	100 %
3.09 Pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	100 %	80 %	100 %
3.05.01 Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	5,12 %	5,37 %	5,40 %
3.05.02 Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau	3,33 %	3,40 %	3,54 %
3.06.01 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières	2,87 %	1,85 %	2,59 %
3.06.02 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	1,03 %	0,27 %	1,05 %
3.06.03 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	0,78 %	0 %	1,25 %
3.06.04 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les inhalothérapeutes	ND	0,48 %	1,20 %

Commentaires

3.05.01 et 3.05.02
La cible est légèrement dépassée, plusieurs travaux et stratégies de recrutement sont en cours pour diminuer ce ratio.

3.06.01, 3.06.02, 3.06.03 et 3.06.04
En ce qui concerne le recours à la main-d'œuvre indépendante (MOI) infirmière, les résultats démontrent que les cibles régionales n'ont pas été atteintes. Le contexte de main-d'œuvre actuelle (disponibilité, remplacement des congés parentaux, etc.) et les difficultés rencontrées sont différents d'un milieu à l'autre. Des projets de réorganisation pour une meilleure utilisation de la liste de rappel sont en cours. Dans un CSSS, l'augmentation du recours à la MOI est en lien direct avec le taux d'occupation des lits à l'hôpital qui a atteint des niveaux exceptionnels au cours des derniers mois.

* Résultats en date du 14 mai 2012.
** Résultats en date du 15 mai 2013.

Rétention et mieux-être au travail

Entente de gestion

Objectif de résultats

5.2.1 Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau et du MSSS en s'appuyant sur les programmes de type Entreprise en santé.

5.2.2 Favoriser l'adaptation de la relève professionnelle à la profession et au milieu de travail.

Indicateur	Résultat* 2011-2012	Engagement 2012-2013	Résultat** 2012-2013
3.14 Pourcentage d'établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	100 %	100 %	67 %
3.13 Pourcentage d'établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail	56 %	50 %	11 %
3.01 Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	6,32 %	5,67 %	6,70 %
3.10 Pourcentage d'établissements ciblés ayant mis en œuvre leur Programme de soutien clinique - Volet préceptorat	100 %	100 %	100 %

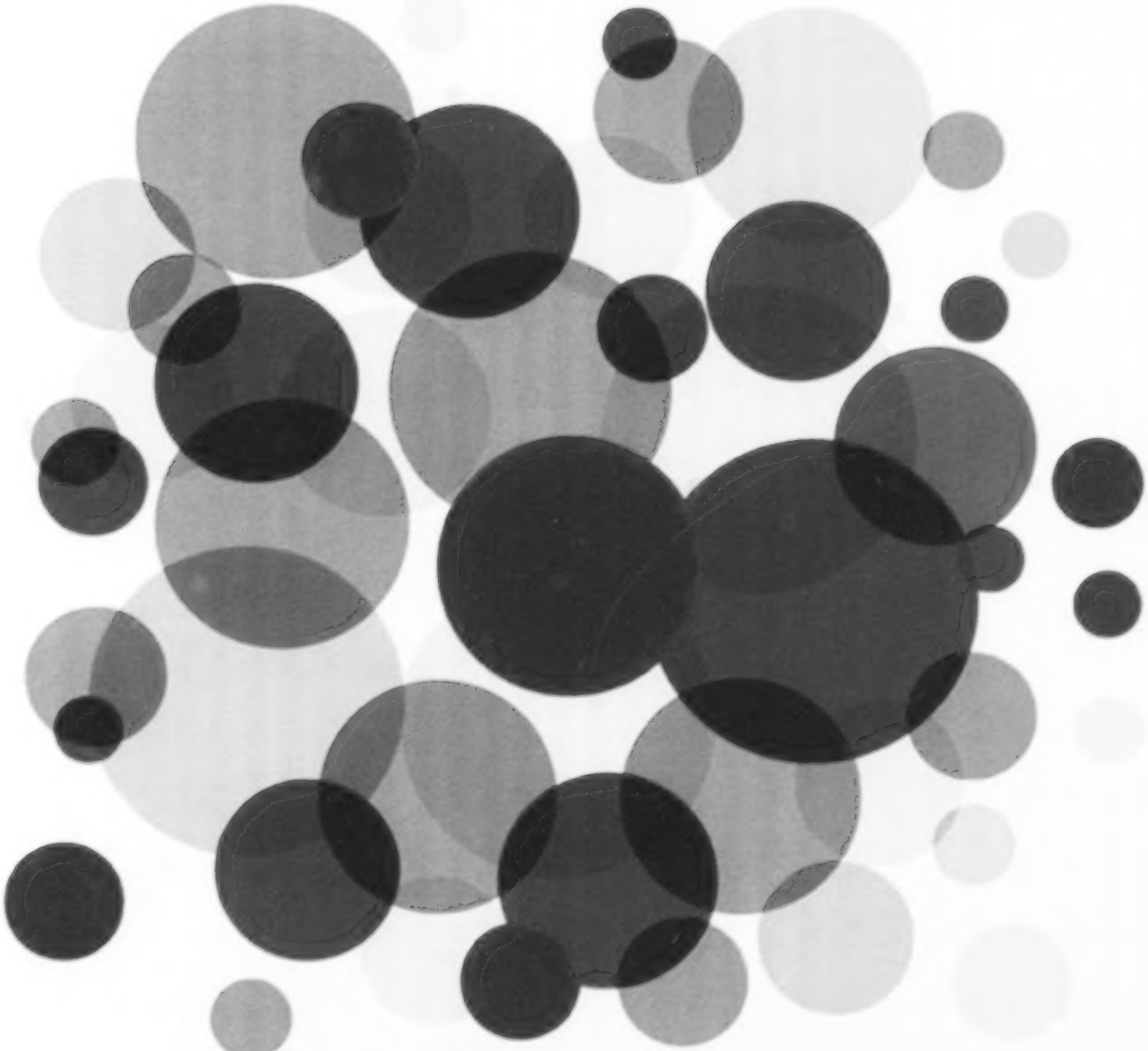
Commentaires

La cible régionale pour l'indicateur 3.01 – ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées – n'est pas atteinte. Seulement un établissement sur neuf a atteint sa cible. Toutefois, deux établissements ont des résultats supérieurs à 90 % de la cible, mais les sept autres ont vu leur situation se détériorer et leur résultat est inférieur à 90 % de leur cible.

Cependant, des travaux ont été entrepris dans l'optimisation des bureaux de santé en 2012-2013 en collaboration avec le CSSS des Aurores-Boréales afin d'améliorer les pratiques de gestion des bureaux de santé en Abitibi-Témiscamingue, dans le but, entre autres, de favoriser des interactions dynamiques entre les établissements (partage de documents, expertise des équipes en place, etc.). Ces démarches se poursuivront en 2013-2014.

En ce qui concerne l'indicateur 3.13 – Pourcentage d'établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail – seul le CSSS des Aurores-Boréales a obtenu son accréditation en 2013. Cependant, cinq établissements sont en processus d'accréditation et un établissement travaille avec la démarche Planetree.

* Résultats en date du 14 mai 2012.
** Résultats en date du 15 mai 2013.



Section 6

Code d'éthique des administrateurs publics de l'Agence

En vertu de l'article 3.0.4 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif, le conseil d'administration de toute agence est tenu d'établir un code d'éthique et de déontologie.

Celui-ci rappelle les administrateurs à un devoir d'éthique et de loyauté et indique les modalités à suivre si l'on juge qu'il y a des irrégularités.

Les formulaires de *Déclaration des intérêts des administrateurs publics et Engagement personnel* ont été remplis et signés par tous les membres du conseil d'administration de l'Agence, sans exception.

À ce jour, il n'y a eu aucun manquement au code d'éthique.

INTRODUCTION

La présente section indique les principes d'éthique devant guider les administrateurs publics de l'Agence (ci-après nommé l'administrateur ou les administrateurs). Le terme « administrateurs publics » vise les membres du conseil d'administration, le président-directeur général et le directeur de santé publique.

La Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2 (ci-après, la loi) rappelle les principes émis dans le Code civil du Québec quant aux actions des administrateurs publics. Ils sont formulés en regard des membres de conseil d'administration d'une agence (article 406).

« Les administrateurs doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait, en pareilles circonstances, une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'agence et de la population de la région pour laquelle l'agence est instituée. »

D'autre part, le Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics, Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q., c. M-30 a. 3.0.1 et 3.0.2, 1977, c. 6a.1) précise, à l'article 4 :

« Les administrateurs publics sont nommés ou désignés pour contribuer, dans le cadre de leur mandat, à la réalisation de la mission de l'État et, le cas échéant, à la bonne administration de ses biens. »

Dans le cadre de la gouverne régionale instaurée en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q. c. S-4.2), tel qu'amendée par la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives (L.R.Q. 2001, c. 24), le conseil d'administration de l'Agence est appelé à poursuivre son rôle en tant qu'instance dédiée à la prise de décision sur les grandes politiques et orientations régionales et à la reddition de comptes. Il doit assumer quatre grandes responsabilités :

- assurer la participation de la population;
- définir les politiques et orientations;
- allouer les ressources;
- assurer la surveillance et le contrôle des résultats découlant de ses décisions.

La nomination par le gouvernement des membres du conseil d'administration fait en sorte qu'ils sont assujettis aux dispositions du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics découlant de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (ci-après, le Règlement), lequel Règlement a pour objet (article 1) :

«... de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration publique, de favoriser la transparence au sein des organismes et des entreprises du gouvernement et de responsabiliser les administrateurs et les administrateurs publics. »

Le code d'éthique exprime la volonté de l'ensemble des administrateurs d'avoir des comportements au-dessus de tout soupçon et cohérents avec les obligations de dépositaires de fonds publics.

DÉCLARATION DE PRINCIPES

Attendu que les administrateurs identifient les priorités relativement aux besoins de la population à desservir et aux services à lui offrir, en tenant compte de l'état de santé et de bien-être de la population de sa région, des particularités socioculturelles et linguistiques de cette population, des particularités sous-régionales et socio-économiques de la région et d'élaborer des orientations à cet égard;

Attendu que l'exercice de la fonction d'administrateur doit tenir compte des règles de l'efficacité, de la moralité, de la crédibilité et de la confidentialité;

Les administrateurs de l'Agence s'engagent à respecter les principes suivants dans le processus de décisions auxquels ils seront appelés à participer :

- primauté des intérêts de la population à desservir;
- équité dans la distribution des ressources dans la région.

En conséquence, les administrateurs s'engagent également à respecter chacun des articles du présent code d'éthique des administrateurs publics de l'Agence.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Le présent code d'éthique détermine les devoirs et les obligations de conduite des administrateurs dans leurs différents rapports ayant trait à l'exercice de leurs fonctions.

En cas de doute, l'administrateur agit selon l'esprit des principes et des règles du présent code et du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics (L.R.Q., c. M-30, r. 01). Il doit, de plus, organiser ses affaires personnelles de telle sorte qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions.

OBJECTIF DU CODE D'ÉTHIQUE

Le présent code d'éthique a pour objectif de faire en sorte que toutes les personnes concernées connaissent les règles que l'organisation leur indique de suivre, pour qu'il y ait, non seulement apparence, mais aussi évidence d'honnêteté, de transparence et absence de bénéfice personnel dans leurs activités à l'Agence.

PERSONNES CONCERNÉES PAR LE CODE D'ÉTHIQUE

Ce code d'éthique s'applique exclusivement aux membres du conseil d'administration, au président-directeur général et au directeur de santé publique de l'Agence, puisqu'ils ont été nommés par le gouvernement.

DEVOIRS ET OBLIGATIONS

L'administrateur s'engage à agir avec soin, prudence, diligence et compétence, comme le ferait en pareilles circonstances, une personne de bonne foi, raisonnable, avec honnêteté et loyauté.

L'administrateur s'engage à agir de façon courtoise et à maintenir des relations empreintes de bonne foi, de manière à préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction.

L'administrateur s'engage à rendre ses décisions en fonction de leurs implications sur la qualité et l'accessibilité des services; il tient donc compte de l'ensemble des conséquences que peut avoir son administration sur le service à donner au public et sur le bon usage des fonds publics.

L'administrateur s'engage à assister aux assemblées du conseil d'administration ou à défaut, il motive son absence.

L'administrateur s'engage, dans le processus décisionnel, à prendre connaissance de tous les éléments de la question, à demander des informations complémentaires et des éclaircissements au besoin; il se prononce alors de la manière la plus objective possible. L'administrateur s'engage à agir avec respect et dignité dans la manifestation publique de ses opinions.

L'administrateur s'engage à respecter la confidentialité des renseignements obtenus dans l'exercice de sa fonction; à ce chapitre, il devra s'abstenir de toute fuite ou confidence lorsque le conseil aura décidé de les maintenir à huis clos.

L'administrateur s'engage à s'acquitter de sa charge en évitant tout état ou comportement susceptible de discréditer le conseil d'administration ou de compromettre son bon fonctionnement.

L'administrateur s'engage à éviter toute partisanerie politique dans l'exercice de ses fonctions.

RÈGLES RELATIVES AUX CONFLITS D'INTÉRÊTS, DE RÔLES ET DE RESPONSABILITÉS

L'administrateur agit dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés.

L'administrateur prévient tout conflit d'intérêts, de rôles et de responsabilités et évite de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir objectivement ses fonctions.

L'administrateur ne recherche pas, pour lui ou son entourage, des avantages personnels dans l'exercice de ses fonctions.

De plus, l'administrateur ne confond pas les biens de l'organisme avec les siens et ne les utilise pas à son profit ou au profit d'un tiers.

Le fait d'être un administrateur de l'Agence ne donne aucun pouvoir ou privilège quant aux services de santé et services sociaux auxquels une personne a droit.

Le fait d'être un membre du conseil d'administration de l'Agence ne lui donne aucun pouvoir ou privilège particulier autres que ceux dont il est investi dans le cadre d'une assemblée du conseil d'administration dûment convoquée ou qu'il agit dans le cadre d'un mandat reçu du conseil d'administration.

L'administrateur doit considérer chaque proposition à son mérite propre lorsqu'il doit se prononcer sur une

question et, conséquemment, s'abstenir de tout échange de procédés illégitimes avec ses collègues du conseil d'administration ou avec toute autre personne.

DÉCLARATION D'INTÉRÊT

Compte tenu des règles énoncées sur les conflits d'intérêts, de rôles et de responsabilités, l'administrateur s'engage à respecter les dispositions de l'article 154 de la loi dans les situations où il a un intérêt pécuniaire dans une entreprise, à savoir :

Article 154

Tout membre d'un conseil d'administration, autre qu'un directeur général, qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil ou de l'un des établissements qu'il administre, doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil et s'abstenir d'y siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle il a cet intérêt est débattue.

Le fait, pour un membre du conseil d'administration, d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une entreprise visée dans le présent article, ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si le membre du conseil d'administration en cause ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la Loi sur les valeurs mobilières (L.R.Q., chapitre V-1.1).

L'administrateur dépose annuellement devant le conseil d'administration une déclaration d'intérêt (annexe I) écrite, mentionnant l'existence de tout contrat de services professionnels conclu avec l'Agence par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires.

En cours d'année, si sa situation évolue, l'administrateur a la responsabilité et l'obligation de procéder au dépôt d'une nouvelle déclaration d'intérêt.

ACTIVITÉS POLITIQUES

Lorsqu'un administrateur est désigné comme porte-parole de l'Agence, il fait preuve de réserve dans la manifestation publique de ses opinions politiques.

Le président ou la présidente du conseil d'administration ou le président-directeur général qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le secrétaire général du conseil exécutif.

La personne élue à la présidence du conseil d'administration ou le président-directeur général qui veut se porter candidat à une charge publique élective doit se démettre de ses fonctions; les articles 22 à 26 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics (L.R.Q., c.M-30, r.01) précisent alors les règles applicables à sa situation.

RÈGLES RELATIVES AUX ASSEMBLÉES

Le membre du conseil d'administration respecte les règlements régissant la procédure des réunions; à ce titre, il reconnaît l'autorité de la personne qui préside dans toute sa légitimité et reconnaît également la souveraineté de l'assemblée.

Le membre du conseil d'administration respecte les droits et privilèges des autres administrateurs.

Le membre du conseil d'administration respecte l'intégrité et la bonne foi de ses collègues; advenant qu'il veuille exprimer un doute sur l'intégrité et la bonne foi d'un collègue ou de toute autre personne, il demandera le huis clos pour ce faire.

Le membre du conseil d'administration, dans le cadre d'une assemblée, conserve une attitude de respect et de dignité face à la présence des différents publics.

Le membre du conseil d'administration peut, s'il le désire, faire inscrire nommément sa dissidence au procès-verbal.

Le membre du conseil d'administration évite de ternir la réputation de l'Agence et de toutes les personnes qui y œuvrent.

INTERDICTION DES PRATIQUES RELIÉES À LA RÉMUNÉRATION

L'administrateur ne sollicite pas, n'accepte pas et n'exige pas d'une personne pour son intérêt, directement ou indirectement, un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre son impartialité, son jugement ou sa loyauté.

Le membre du conseil d'administration ne doit pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions.

DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'APRÈS-MANDAT

Le membre du conseil d'administration doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit qui n'est pas d'ordre public et dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration.

Le membre du conseil d'administration témoigne de respect envers l'Agence et son conseil d'administration.

MÉCANISME D'APPLICATION ET DE RESPECT DU CODE

Le président ou la présidente du conseil d'administration s'assure du respect des principes d'éthique par les administrateurs.

Dès son entrée en fonction, toute personne nommée au conseil d'administration doit s'engager à respecter le présent code et signer, à cet effet, l'engagement personnel (annexe II).

Dès son entrée en fonction, toute personne nommée au conseil d'administration remplit, signe et remet une déclaration qui apparaît à l'annexe I du présent code et elle amende cette déclaration dès qu'elle connaît un élément nouveau qui devrait s'y ajouter.

Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique, en saisit le président ou la présidente du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier ou de cette dernière, le vice-président ou la vice-présidente du conseil d'administration.

Le président ou la présidente du conseil d'administration consulte le comité d'éthique afin de déterminer s'il y a eu manquement au code d'éthique ou, pour l'aider dans sa décision, d'en saisir ou non le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs.

Le président ou la présidente du conseil d'administration qui est d'avis qu'il y a eu un manquement de la part d'un administrateur, pouvant entraîner une sanction disciplinaire, avise le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif qui est l'autorité compétente pour agir.

Ce comité est consultatif au président ou à la présidente du conseil d'administration à qui la décision finale appartient. Le comité est composé de trois membres du conseil d'administration, excluant les officiers. Il décide des moyens nécessaires pour mener toute enquête relevant de sa compétence. L'enquête doit cependant être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation; il est entendu que la confidentialité doit être compatible avec l'équité procédurale.

Lorsque le comité en vient à la conclusion que l'administrateur a enfreint la loi ou le présent code ou qu'il a fait preuve d'une inconduite de nature similaire, il rédige un rapport contenant un sommaire de l'enquête. Ce rapport est confidentiel.

Le président ou la présidente du conseil d'administration transmet ce rapport au secrétaire général associé, responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif.

ENQUÊTE ET IMMUNITÉ

Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes qui effectuent une enquête ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions.

Les personnes qui effectuent les enquêtes sont tenues à la confidentialité.

PUBLICITÉ DU CODE D'ÉTHIQUE

L'Agence rend accessible un exemplaire du code d'éthique des administrateurs à toute personne qui en fait la demande.

L'Agence publie dans son rapport annuel de gestion, le code d'éthique des administrateurs.

Le rapport annuel de gestion de l'Agence fait état :

- du nombre et de la nature des signalements reçus;
- du nombre de cas traités et de leur suivi;
- de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées;
- des noms des personnes ayant été suspendues, révoquées ou déchues de leur charge.

DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DES ADMINISTRATEURS PUBLICS – CODE D'ÉTHIQUE

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
Québec

Je, _____, déclare les intérêts suivants :

1. Je détiens des intérêts pécuniaires dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après et qui font affaire avec l'Agence ou qui sont susceptibles d'en faire.
   _____
   _____

2. J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après et qui est partie à un contrat avec l'Agence ou qui est susceptible de le devenir.
   _____
   _____

3. J'occupe les emplois suivants :

Emploi	Employeur
_____	_____
_____	_____
_____	_____

4. J'occupe une fonction ou suis membre des organismes suivants :
   _____
   _____
   _____
   _____

En vertu de la présente déclaration, je m'engage, sous peine de déchéance de ma charge, à m'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle j'ai des intérêts est débattue.

_____	_____
Prénom et nom	Signée à
_____	_____
Signature de l'administrateur	Jour / mois / année

ENGAGEMENT PERSONNEL – CODE D'ÉTHIQUE

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
Québec

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

Je, _____, administrateur à l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, ai pris connaissance du Code d'éthique des administrateurs

Je déclare en comprendre le sens et la portée.

_____ _____

Signature Date

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
Québec